



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA LOURENÇO DE MENDONÇA

**CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO
E OS “NOVOS” MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE:
O QUE PENSAM CONSELHEIROS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL?**

**BRASÍLIA-DF
2017**

AMANDA LOURENÇO DE MENDONÇA

**CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO
E OS “NOVOS” MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE:
O QUE PENSAM CONSELHEIROS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL?**

**Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília como requisito para
obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréia de Oliveira**

**BRASÍLIA-DF
2017**

AMANDA LOURENÇO DE MENDONÇA

**CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E OS “NOVOS” MODELOS DE
GESTÃO NA SAÚDE: O QUE PENSAM CONSELHEIROS DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL?**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Brasília, 07 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Andréia de Oliveira
Departamento de Serviço Social – UnB
Presidente

Profª. Drª. Lucélia Luiz Pereira
Departamento de Serviço Social – UnB
1ª Examinadora

Profª. Mª. Michelly Ferreira Monteiro Elias
Departamento de Serviço Social – UnB
2ª Examinadora

Dedico este trabalho a minha família que sempre esteve comigo em todas as etapas desse processo de aprendizagem e aos meus queridos amigos que a vida me presenteou ao longo desses cinco anos e meio de Universidade. Minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me acompanhar em todas as etapas vivenciadas ao longo de onze semestres na Universidade de Brasília. Cada desafio que experimentei foi vencido por saber que Você estava comigo.

Aos meus pais, por terem me dado a vida. Obrigada por sempre incentivar meus estudos e por me ensinar a nunca desistir. Agradeço também por entenderem a minha ausência devido à rotina intensa de estudo. E por sempre me receber com muito aconchego na casa de vocês. Minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos, Aline e Pedro Henrique, pela paciência que tiveram comigo nesse processo de aprendizagem. Vocês serão sempre meus melhores amigos. Muito obrigada.

À minha querida sobrinha Cecília, luz da minha vida; você trouxe mais colorido para os meus dias. E me ensina, com tão pouca idade, que a vida deve ser simples e alegre. Vejo tanta vida e alegria em teus olhos que isso me proporciona esperança que o mundo ainda pode ser melhor.

Às minhas melhores amigas que a Universidade de Brasília me presenteou: Camila, Carol, Danuza, Iasmim Moreira, Linnidelly, Mayara e Clarissa, e aos amigos Mega (só para os íntimos *rs*) e José. Vocês também fazem parte dessa conquista.

À minha melhor amiga do Curso de Serviço Social Thalita Barros. Meus dias na Universidade foram mais alegres com você. Obrigada pelas risadas, por sempre estar disponível a me ouvir e pelas horas de *happy hour*. Sou muita grata por sua amizade.

À minha querida orientadora Andréia, que teve tanta paciência no meu processo de aprendizagem e compreensão por entender minha dupla jornada de trabalho. Obrigada por ser tão dedicada e exigente comigo. Na verdade, aprendi imensamente com você. Como dizia Albert Einstein: “a mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original...”. Sem você não teria conseguido. Meu eterno agradecimento.

Aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade para me ajudar nos momentos em que eu mais precisava, pois vocês sabem como é difícil conciliar trabalho e faculdade. Obrigada pelo apoio e compreensão.

Ao casal de amigos Sandra e Arcaro. Vocês são mais um presente que a vida me concedeu. Obrigada por me auxiliar nas dúvidas da vida acadêmica e me socorrer quando o tempo era curto em relação aos prazos na entrega de trabalhos e artigos. Como foi bom conhecer suas lindas filhas, Isabela e Mariana. Trouxeram alegria a minha vida. Vou sentir falta dos nossos almoços animados com a nossa querida amiga Odeli.

Às minhas queridas “chefas”, Roberta e Danielle, pela imensa generosidade e compreensão nesse processo acadêmico. Sempre dispostas a ouvir sua equipe e sem dúvida são as melhores chefes que tive na vida profissional.

Aos meus amigos Maurício e Gesilene: vocês são um grande exemplo de pessoas dedicadas aos estudos e sempre me incentivaram a me dedicar cada vez mais no meu processo acadêmico. Obrigada por terem me acolhido tão bem quando cheguei a Brasília. Eterna gratidão.

A meu amigo Divaldo, pela sua dedicação ao revisar esse trabalho. Muito obrigada pela paciência e atenção. Sempre me encorajando e me mostrando que os desafios podem sim ser superados. Muito obrigada.

E, finalmente por todas as pessoas que conheci ao longo desses cinco anos e meio de Universidade e que contribuíram direta ou indiretamente com o processo de confecção deste trabalho.

Só há duas opções nessa vida: se resignar ou se indignar. E eu não vou me resignar nunca.
Darcy Ribeiro.

Mendonça, Amanda Lourenço de. **Contrarreforma do estado brasileiro e os “novos” modelos de gestão na saúde: o que pensam conselheiros de saúde do Distrito Federal?** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2017, 82f.

RESUMO

O presente trabalho visa identificar a percepção do Conselho de Saúde do Distrito Federal sobre a realização de parcerias entre o setor público e o setor privado para gestão de serviços públicos de saúde. Para tanto, foi necessário contextualizar as lutas sociais em torno da Reforma Sanitária Brasileira, tendo como avanço a promulgação do Sistema Único de Saúde através da Constituição Federal de 1988 e a sua regulamentação através das Leis 8.080/90 e 8.142/90. Em seguida, aborda-se o Projeto de Reforma do Estado de Bresser Pereira e suas consequências para o SUS e como os “novos” modelos de gestão foram inseridos no SUS a partir da década de 1990 até os dias atuais. Contextualiza-se brevemente algumas estratégias de gestão implementadas pelo Governo do Distrito Federal, no período 1994 a 2003, na Atenção Primária em Saúde (APS), consideradas nesse trabalho como experiências em direção à privatização da saúde em detrimento do fortalecimento do SUS. E, por fim, apresenta-se os resultados da pesquisa empírica realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com conselheiros de saúde do Distrito Federal, em seus diferentes segmentos, com o objetivo de identificar a percepção dos conselheiros sobre a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para pessoas jurídicas de direito privado, a exemplo da aprovação do Projeto de Lei 1486/2016, em 20 de junho de 2017, na Câmara Legislativa do Distrito Federal, que estabelece a criação de um Instituto para gerir o Hospital de Base do DF, um dos maiores hospitais do país.

Palavras-chave: Contrarreforma. Ofensiva neoliberal. SUS. Novos modelos de gestão. Instituto de Hospital de Base do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal

LISTA DE SIGLAS

ACSs	Agentes Comunitários
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
BM	Banco Mundial
CAMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF 88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das leis de trabalho
CNRS	Comissão Nacional para a Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
DF	Distrito Federal
DS	Distrito Sanitário
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HCB	Hospital da Criança de Brasília
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
ICIPE	Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada
ICMS	Imposto sobre Circulação de mercadorias e serviços
ICS	Instituto Candango de Solidariedade
IHBDF	O Instituto de Hospital de Base do Distrito Federal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MPT	Ministério Público do Trabalho

MS	Ministério da Saúde
NOBS	Normas operacionais básicas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado
OSs	Organizações Sociais
PAC	Programa de Aceleração de Crescimento
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PGNF	Procuradoria Geral da Fazenda Nacional
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REMA	Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal de Justiça e Territórios
UBS	unidades básicas de saúde
UNB	Universidade de Brasília
UPA	Unidades de pronto-atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 LUTAS SOCIAIS E DIREITO À SAÚDE.....	14
1.1 Primórdios da intervenção do Estado brasileiro na saúde	14
1.2 O Movimento Sanitário e a proposta de Reforma Sanitária Brasileira.	16
1.3 Avanços e desafios do Sistema Único de Saúde	21
2 A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O DESMONTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
2.1 A Política de saúde brasileira no contexto da contrarreforma do Estado.....	32
2.2 “Novos modelos” de gestão no Sistema Único de Saúde	40
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DF: ENTRE ANTIGAS E NOVAS ESTRATÉGIAS DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.....	52
3.1 Uma breve retrospectiva histórica do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal: refletindo algumas experiências de privatização da saúde	52
3.2 “Novos” modelos de gestão na saúde: o que pensam conselheiros de saúde do Distrito Federal?	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	75
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	81
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	82

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das maiores conquistas sociais inerentes da luta do povo brasileiro, constituído a partir da promulgação na Constituição Federal de 1988 (CF 88), como direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado.

Entretanto, devido à crise econômica e política, o país se depara com um processo de acirramento de medidas neoliberais e conservadoras. Essas medidas se contrapõem às conquistas e prerrogativas constitucionais, colocando em risco o Estado de Direito e os avanços das políticas sociais, por meio de incorporação de planos de austeridade econômica, com o intuito principal de atender aos interesses do capital.

Nesse contexto, vivencia-se um profundo processo de desmonte dos direitos dos trabalhadores, por meio de diferentes mecanismos, dentre eles projetos de lei em tramitação no parlamento brasileiro na atualidade, tais como a Reforma Trabalhista e da Previdência Social. Concomitante, no âmbito da política de saúde, presencia-se um acelerado processo de desconstrução do direito universal à saúde, com desfinanciamento, descontinuidade de serviços, privatizações e incentivo ao setor privado da saúde.

Assim, a sociedade brasileira se depara com medidas governamentais conservadoras e privatizadoras, desdobrando-se em políticas públicas cada vez mais focalizadas e de baixa qualidade. Por outro lado, há focos de resistência, de organização sociopolítica em torno das lutas pelos direitos da classe trabalhadora e, por conseguinte, pelo direito à saúde pública, estatal e de qualidade.

Em meio a essa arena de disputa, algumas indagações e inquietações foram surgindo ao longo da formação acadêmica e da construção do presente Trabalho de Conclusão de Curso, dentre elas: como está a participação da comunidade em relação às decisões tomadas pelo Governo do Distrito Federal (GDF), no âmbito da saúde? Existe, de fato, um controle social na área da saúde como previsto na Constituição Federal de 1988? Qual é o a percepção do Conselho de Saúde frente ao desmonte do SUS nos últimos anos?

Tais indagações se colocam diante de uma conjuntura de profunda precarização do SUS no Distrito Federal (DF), expresso no desmonte de serviços, na falta de acesso da população aos serviços de saúde e condições mínimas adequadas para a atenção à saúde da população. As propostas e medidas do GDF para enfrentamento da atual crise do sistema de saúde vêm fortalecendo a perspectiva de desresponsabilização do Estado na garantia do

direito à saúde, a exemplo da iniciativa de transferência de gestão para o setor privado por meio do que tem sido chamado de “novas” modalidades de gestão no SUS.

Assim, o atual governo tem apresentado propostas de transferência da gestão de alguns serviços para Organizações Sociais (OSs) e, mais recentemente, em 20 de junho de 2017, conseguiu a aprovação do Projeto de Lei 1486/2016 na Câmara Legislativa do Distrito Federal, que estabelece a criação de um Instituto para gerir o Hospital de Base do DF¹, um dos maiores hospitais do país.

Dessa forma, considerando a contrarreforma do Estado brasileiro a partir da década de 1990, a conjuntura política e econômica brasileira na atualidade e seus desdobramentos na política de saúde no DF, o presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta o seguinte problema de pesquisa: qual a percepção dos/as conselheiros/as de Saúde do Distrito Federal sobre a realização de parcerias entre setor público e o setor privado no âmbito da gestão de serviços públicos de saúde, os denominados “novos” modelos de gestão na saúde?

O presente estudo procura identificar e compreender a percepção do Conselho de Saúde do Distrito Federal sobre a realização de parcerias entre o setor público e o setor privado para gestão de serviços públicos de saúde. Como objetivos específicos, destacam-se os seguintes: contextualizar as lutas sociais em torno do processo de Reforma Sanitária Brasileira, da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases legais; identificar, no projeto de “Reforma do Estado” proposto por Bresser Pereira, as principais tendências para o sistema de saúde brasileiro; identificar os “novos modelos” de gestão proposto pelo Governo do Distrito Federal na atual conjuntura neoliberal e analisar sua relação com o processo de privatização de saúde; e identificar e analisar a posição dos/as Conselheiros/as de Saúde do DF, em seus diferentes segmentos, sobre a contratação dos “novos modelos” de gestão dos serviços para a área da saúde no DF.

Para o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se de pesquisa qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, constituída de pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa empírica, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com Conselheiros/as de Saúde do DF.

A revisão bibliográfica constituiu-se de pesquisa em bases de dados relevantes para a área de estudo, leitura e análise de artigos, livros, dissertações e teses relacionadas à temática.

¹ Notícia veiculada no dia 20/06/2017 em jornal de ampla circulação no Distrito Federal sobre a aprovação do Projeto de Lei Nº 1486/2017. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/06/20/interna_cidadesdf,603790/projeto-que-cria-instituto-hospital-de-base-e-aprovado-e-segue-para-sa.shtml>. Acesso em: 23 de jun. 2017.

Na pesquisa documental, a ênfase recaiu nas principais normativas governamentais e legislações sobre os “novos” modelos de gestão do SUS, bem como notícias veiculadas nas principais mídias do DF acerca da temática de estudo. Como fonte de pesquisa e análise, utilizaram-se, também, o relatório da última Conferência de Saúde do DF e as atas do Conselho de Saúde/DF no período compreendido entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

A pesquisa de campo foi realizada no Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF)², órgão de caráter permanente e deliberativo. O referido conselho é atualmente composto por vinte oito conselheiros titulares, sendo quatorze deles representantes dos usuários, sete representantes dos trabalhadores de saúde e sete representantes dos gestores e prestadores de serviços privados de saúde.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas³ com os/as conselheiros/as de saúde em seus diferentes segmentos de representação, ou seja: dois conselheiros representando a sociedade civil (segmento dos usuários), dois representantes dos trabalhadores da área e dois conselheiros do segmento de gestores.

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos sujeitos da pesquisa e transcritas na modalidade *in verbatim* (transcrição literal das palavras dos entrevistados) para análise das mesmas. Os aspectos éticos foram respeitados no decorrer do estudo e os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Os relatos dos/das conselheiros/as foram identificados por números ordinais, ou seja, Entrevista 1, Entrevista 2, e assim por diante, objetivando manter o anonimato dos entrevistados. Ainda por questões éticas, decidiu-se não incorporar ao trabalho a integralidade das falas dos entrevistados.

Para a análise dos resultados, utilizaram-se como o suporte os recursos metodológicos da análise temática⁴ do método qualitativo de pesquisa social (MINAYO, 2006).

De modo a constituir a apresentação formal e analítica do presente estudo, esta monografia foi organizada em três capítulos.

O primeiro procura contextualizar o processo de Reforma Sanitária brasileira e a

² De acordo com a Lei n° 4.604, de 15 de julho de 2011, que dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

³ O roteiro da entrevista realizada no Conselho de Saúde se encontra nos anexos deste trabalho (Anexo B).

⁴ Segundo Minayo, a metodologia é mais que técnicas. É importante articular a teoria com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade. E nada substitui a criatividade do pesquisador. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

criação do Sistema Único de Saúde, com ênfase nas lutas sociais em torno da defesa da saúde como direito de cidadania, materializada na conquista através da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas, 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam esse direito constitucional. Em seguida, adentra-se na conjuntura do SUS na atualidade, com destaque para a acelerada perda do direito universal à saúde, por meio de medidas governamentais. Como exemplo, a aprovação da Emenda Constitucional 55/2016 e suas consequências para o Sistema Único de Saúde. Assim, surge a necessidade das lutas sociais, através da participação e controle social, para se conter os avanços das práticas neoliberais que ferem os princípios do SUS.

No segundo capítulo analisa-se o conceito de Estado na perspectiva de Marx e de Gramsci e, em seguida, abordam-se os impasses presentes historicamente na construção do SUS, através da contrarreforma do Estado, iniciada pelo Plano Diretor do Estado proposto por Bresser Pereira e suas consequências para a saúde através da privatização e inserção de novos modelos de gestão, que ferem os princípios constitucionais da saúde.

O terceiro capítulo irá contextualizar a participação e o controle social no SUS, com ênfase nos espaços institucionalizados, como os conselhos e conferências. Serão elencados dois modelos de gestão implantados pelo GDF ao longo da construção da política pública de saúde (o Instituto Candango de Solidariedade e a Fundação Zerbini), que obtiveram consequências desastrosas para a rede de saúde do Distrito Federal, dentre elas a precarização do trabalho, descontinuidade de serviços e dificuldades no acesso.

Apresentam-se as diferentes propostas de incorporação de “novos” modelos de gestão da saúde no GDF na atualidade, com destaque para Projeto de Lei 1.468, de 2017, que prevê a Criação de um Instituto para atuar na gestão do Hospital de Base do DF e a percepção do controle social com relação a esta pauta, por meio do Conselho e das Conferências de saúde.

Esse capítulo ainda contemplará a apresentação e análise dos resultados da pesquisa empírica, ou seja, das entrevistas realizadas com os/as conselheiros/as de saúde, bem como da análise das atas das reuniões do conselho, do relatório da última Conferência de Saúde do GDF e das principais notícias da mídia, para assim apresentar a percepção dos conselheiros e as principais deliberações decorrentes desse espaço político configurado por disputa de interesses.

Finalmente, chega-se às conclusões das entrevistas realizadas com os conselheiros de cada segmento e as análises pautadas no questionamento central do trabalho.

1 LUTAS SOCIAIS E DIREITO À SAÚDE

Neste item pretende-se fazer um breve histórico da Política de Saúde no Brasil, com ênfase nas tensões e propostas entre dois projetos antagônicos: o Projeto da Reforma Sanitária, construído pelo Movimento Sanitário na década de 1980 (e inscrito na Constituição Federal de 1988) e o Projeto de Saúde vinculado ao mercado ou privatista, tendo sua hegemonia na segunda metade da década de 1990.

Primeiramente, será feita uma breve análise das primeiras intervenções do Estado na saúde da população brasileira, resultantes das manifestações das classes trabalhadoras, que exigiam melhores condições de trabalho. Em seguida, serão apresentados os principais avanços e desafios vivenciados pelo Sistema Único de Saúde após sua materialização, conquistada pelo Movimento Sanitário através da Constituição Federal de 88 e as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90.

1.1 Primórdios da intervenção do Estado brasileiro na saúde

A saúde no Brasil começa a sofrer uma intervenção estatal somente no século XX, por volta da década de 1930. No século XVIII, a assistência médica era marcada pela filantropia e práticas liberais. No século XIX, surgiram algumas iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos daquele século, a questão *saúde* aparece como reivindicação no movimento operário, sendo aprofundada a partir no século XX, durante a década de 1930. (BRAVO, 2006)

Na década de 1920, alguns serviços de saúde passaram a ser realizados pelo Estado, principalmente por meio da aprovação da reforma Carlos Chagas, que propõe ampliar o atendimento à saúde por parte do governo federal nas seguintes áreas: assistência médica (pronto-socorro, postos de saúde rurais, fiscalização das Santas Casas); assistência materno-infantil; educação sanitária e higiene industrial; fiscalização de alimentos e laboratórios e do exercício da medicina e orientação alimentar.

É nesse momento que a saúde pública nasce como questão social⁵ no auge da economia cafeeira. Dessa forma, as medidas de saúde pública vão se definir como tentativa de

⁵ Segundo Iamamoto (1998, p. 27), “A questão social é aprendida como um conjunto das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.”

extensão de seus serviços por todo país, com afirma Bravo (2000):

[...] a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (BRAVO, 2000. p. 2).

Simultaneamente, neste mesmo ano, as Caixas de Aposentadorias e Pensões seriam criadas através da Lei 4.682, conhecida como a Lei Elói Chaves. Elas viriam a caracterizar a base da seguridade social no Brasil, com forte controle por parte do governo, que participava do seu financiamento juntamente com as empresas e trabalhadores.

Sendo assim, a política de saúde no Brasil foi organizada em dois setores: o de saúde pública e o da medicina previdenciária. O Estado ficaria então responsável pela execução de “saúde pública” à população em geral, e as ações de assistência médica seriam garantidas somente aos trabalhadores formalmente reconhecidos pelo mercado e beneficiários das CAPS.

Os benefícios para o trabalhador eram: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para dependentes e auxílio-funeral. Cabe ressaltar que esses benefícios eram proporcionais às contribuições. Os trabalhadores vinculados ao setor urbano foram politicamente combatentes e lutaram pioneiramente pela organização de Caixas em suas empresas: os ferroviários (1923), os estivadores e os marítimos (1926). As outras categorias de trabalhadores conseguiram após 1930 (BRAVO, 2006).

Na era Vargas (1930-1945) foi criado o Ministério do Trabalho e uma legislação que enquadrasse a “questão social” vivenciada no período. Assim, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais inseridas no mercado formal de trabalho e tinham como objetivo garantir a saúde desses trabalhadores. Entretanto Simionatto (1997) afirma que:

Os direitos aparecem aqui de forma particularista, obtidos através da categoria profissional, e da ocupação exercida no âmbito do mercado, sendo a carteira de trabalho o certificado legal da cidadania. (SIMIONATTO, 1997, p. 16).

O exemplo de intervenção do Estado brasileiro na área social nas décadas de 1920 e 1930 garantia direitos civis e sociais quando o indivíduo estava vinculado ao mercado de trabalho.

Cabe ressaltar que foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados, enquanto a responsabilidade pela oferta da saúde foi

repassada aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde aos trabalhadores rurais. Após o golpe de 1964, reformas do governo provocaram expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, conforme afirma Paim (2011):

Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. (PAIM, 2011, p. 17).

Dessa forma, os IAPs construíram seus primeiros hospitais e incluíram os primeiros serviços privados contratados por empresas, pois os Institutos dispunham de recursos financeiros. Destaca-se, então, um investimento médico hospitalar em detrimento da atenção básica, e consequentemente um impasse na política de saúde.

No período de 1964-1980, o regime militar realiza a fusão das IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social. O INPS desenvolveu o complexo médico industrial na política de saúde:

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolveu com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico-curativa orientada na burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento a clientela. (BRAVO, 2004, p. 27).

Sendo assim, o aumento da cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados provocaram uma crise de financiamento na previdência social vinculada à recessão econômica da década de 1980 e alimentou os interesses pela reforma sanitária brasileira, conforme será explicitado no item que se segue.

1.2 O Movimento Sanitário e a proposta de Reforma Sanitária Brasileira.

Nos anos 1980, o cenário da assistência à saúde era muito excludente, ou seja, a população de baixa renda, não contribuinte da previdência social, não tinha acesso fácil aos serviços de saúde, especialmente aos serviços de assistência médico-hospitalar e, assim, começaram a surgir movimentos populares que reivindicaram melhores condições de saúde, conforme afirma Paim (2011):

A reforma do setor de saúde estava na contramão das reformas difundidas naquela época do resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social. A proposta começou a tomar forma em meados da década de 1970,

estruturou-se durante a luta pela redemocratização. (PAIM, 2011, p. 18).

O País viveu nessa década um momento de “abertura política”, com mobilizações sociais pelas “Diretas Já”, com extensão de espaço para reivindicações populares. Na área da saúde, ganhou corpo um movimento nacional que seria conhecido como “movimento da reforma sanitária”. Esse amplo movimento social se ampliou no país, agrupando iniciativas de diversos setores da sociedade, tais como os movimentos de base até a população de classe média, passando pelos sindicatos e, em alguns momentos, associando-se a partidos políticos de esquerda, considerados ilegais na época.

O cunho político e ideológico do movimento pela Reforma Sanitária defendia a saúde não como uma questão especificamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Arouca⁶ (1988) acreditava que a Reforma Sanitária Brasileira era caracterizada como uma “Reforma Social”, que tinha como objetivo associar mudanças sob diversas dimensões, não apenas no sistema de saúde. Apresentava uma nova proposta de melhoria de condições de vida para a população brasileira e que foi capaz de mobilizar um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário.

Dessa forma, o movimento congregou os diversos atores sociais: professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de orientação progressista apoiaram as lutas dos movimentos de base e dos sindicatos. Paim (2011) ressalta estratégias político-científicas de organização do movimento sanitário:

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento de Reforma Sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas. (PAIM, 2011, p. 18).

Diante desse cenário, o movimento da Reforma Sanitária cresceu e formou aliança com parlamentares congressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. A partir de 1979 foram realizadas reunião de técnicos e gestores municipais e, em 1982, constitui-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde foi criado para promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias junto aos órgãos do governo

⁶ O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado “movimento sanitarista”, que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sergio-arouca>

federal. Ele tem estatuto próprio, aprovado durante a reunião dos dois últimos dias e, conforme ficou decidido pelos participantes do CONASS, foi solicitada a representação deste Conselho nos órgãos colegiados federais de interesse para área de saúde. (GAZETA, 1982).

Com a efervescência popular e as lutas por ampliação a cidadania, o Movimento Sanitário fez com que o tema *saúde* fosse pauta da agenda política e, assim, as propostas da Reforma Sanitária fossem difundidas. Dessa forma, a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, realizada em Brasília, permitiu a criação de um espaço importante para o debate de saúde, além de apresentar novas “propostas de reorientação da assistência médica e saúde pública” (AGUIAR, 2011):

[...] a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e delimitou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federal, estaduais e municipais. (PAIM, 2011, p. 18).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a discussão da política de Saúde no Brasil, uma vez que, segundo Bravo (2001), houve uma articulação bem diversa, pois contou com a participação de mais de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre eles, mil delegados, além da participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. Na realidade, a questão da Saúde ultrapassou a análise daquele setor e fez referência à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária, conforme afirma Arouca (1998):

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária Brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organizações de serviços. Esse movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde pelo Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, 8ª Conferência Nacional de Saúde).

Após a realização da referida conferência, o movimento sanitário passou a pressionar o Ministério da Saúde e o INAMPS⁷ para que se realizasse uma Comissão

⁷ “A assistência à saúde era prestada exclusivamente aos segurados e seus dependentes desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs e Institutos de Aposentadorias e Pensões, estruturados no período entre 1923 e 1966. A partir de 1977 passou a ser gerida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, mantendo a mesma lógica de cobertura. (...) Todavia o INAMPS foi extinto em 1993 e sua estrutura foi incorporada ao Sistema Único de Saúde – SUS (LOPES, 2011, p. 93).

Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS), tendo a participação do movimento sindical e representantes dos empresários da saúde. Em meio aos embates de projetos distintos, a CNRS conseguiu propor princípios e diretrizes extraídas da VIII Conferência.

Realizada com êxito essa etapa de luta dos sanitaristas, o relatório aprovado na subcomissão foi apresentado como anteprojeto para a comissão da Assembleia Constituinte. O anteprojeto apontava para uma concepção de seguridade social que englobava saúde, previdência social e assistência social, tal como proposto no documento realizado na CNRS.

A Assembleia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se em uma arena política com interesses antagônicos formada por dois grupos: de um lado os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e do outro lado o grupo que defendia as ideias da Reforma Sanitária. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta mil eleitores, conforme Bravo (2001):

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (BRAVO, 2001, p. 10).

Dessa forma, o texto constitucional, a respeito da saúde, após vários acordos políticos e muita pressão popular, atende em sua maioria às reivindicações propostas pelo movimento sanitário, contrapõe-se aos interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Os principais aspectos da Constituição Federal foram: o direito universal à saúde e dever do Estado, extinção das discriminações existentes entre segurado e não segurado/rural e urbano; ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública; constituição de um sistema único de saúde; a participação do setor privado deveria ser complementar, ou seja, teriam preferência as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos a essas instituições; e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados (OLIVEIRA, 1998).

Apesar do texto constitucional não ser idêntico aos que os sanitaristas haviam levado à Assembleia, o princípio de direito à saúde e dever do Estado, a criação de um sistema único de saúde baseado em princípios e diretrizes (como o da universalidade, integralidade e participação social) foram mantidos.

[...] justamente por ser o SUS (Sistema Único de Saúde) uma ideia socialista de Estado que muitas das suas bases originais não conseguiram entrar para dentro da Constituição Federal de 1988, isto porque o governo brasileiro tinha e continua a ter uma orientação de caráter liberal e a Constituição não mudou esse panorama. (OLIVEIRA, 1998, p. 41).

Após a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, a sua regulamentação foi definida primeiramente pela Lei 8.080/90, como resultado de um longo processo social e cultural que buscou interferir nas condições de saúde da população. As ações de serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS foram desenvolvidos de acordo as diretrizes previstas no Art. 198 da CF 88 e regulamentado pela Lei 8.080/90, obedecendo as princípios organizativos e doutrinários, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, com prioridade as atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais; e a descentralização na política administrativa com direção única para cada esfera do governo.

Destaca-se a Lei Orgânica 8.142/90, que dispõe sobre as diretrizes gerais do SUS no que tange a participação popular e financiamento. No que se refere à participação da sociedade, destaca-se duas importantes instâncias colegiadas: as conferências de Saúde e os conselhos de Saúde, que são norteadas por três ideias principais: o controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde; o esforço de uma construção de uma gestão participativa; e a necessidade de propiciar um ambiente entre uma sociedade organizada e as instituições públicas que rompa com o clientelismo e patrimonialismo ainda presentes em nossa sociedade. Esses padrões tradicionais de comportamento político esvaziaram o real sentido do direito a uma política pública universal, em que tudo se baseia em troca de favores (PAIM, 1992).

Quanto ao Financiamento, a Lei 8.142/90 dispõe da participação da comunidade (conselhos e conferências) na gestão do SUS e das transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Assim, o Conselho de Saúde seria um dos mecanismos de controle democrático. Segundo Paim (1992), o Conselho teria a possibilidade de corrigir erros administrativos e manipulações políticas produzidas além de aperfeiçoar o sistema:

De qualquer modo estaria assegurado o repasse automático de recursos do município nos termos e valores pactuados durante a negociação do plano de saúde e valores pactuados, da programação orçamentária da saúde (PROS), ou dos instrumentos equivalentes. (PAIM, 1992, p. 32).

No item subsequente será abordada a implementação gradativa do SUS após sua

promulgação na CF 88, ou seja, nos governos de Collor, Fernando Henrique Cardoso, Lula, Dilma e Temer. Será feita uma reflexão no processo sócio histórico e político das ações desses governos na política da saúde por meio de pesquisa bibliográfica, ressaltando as propostas de dois grandes projetos antagônicos. Serão analisadas as consequências da ofensiva neoliberal presente a partir da década de 1990 e que afetariam a implementação do SUS conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Serão apontados, também, os retrocessos para a aplicação da política pública de saúde, bem como os avanços em alguns governos até a atual conjuntura do país após o golpe⁸ de 2016, com o impeachment da Presidente da República Dilma Rousseff.

1.3 Avanços e desafios do Sistema Único de Saúde

A implementação do SUS começou no ano de 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, primeiro presidente eleito por voto popular desde o regime militar. O governo de Collor seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), que significavam as atribuições, bases organizativas do SUS e formas institucionalizadas de participação social.

O projeto da Reforma Sanitária tem no governo Collor dificuldades em sua implementação, passando por novas estratégias em 1992, após o impeachment do referido presidente da República, que foi deposto por denúncias de corrupção. Nessa direção, Bravo e Menezes refletem sobre a reforma sanitária brasileira e o distanciamento dos princípios defendidos pelo movimento sanitário nesse período:

A burocratização da reforma sanitária [...] afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador – imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário – que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. (FLEURY, 1989 apud BRAVO; MENEZES, 2011, p. 12).

De acordo com as autoras, a construção democrática seria a única saída para se conseguir a Reforma Sanitária. Uma das estratégias seria a mobilização política, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde, que deveria ser viabilizado na década de 1990.

⁸ No item que se segue será abordado o processo de destituição ilegítimo da presidenta Dilma Rousseff, ocorrido em 17 de abril de 2016, caracterizado nesse trabalho como um golpe de Estado, tendo assim consequências devastadoras para a democracia.

Entretanto, nesse período, observa-se o redirecionamento do papel do Estado influenciado pela política de Ajuste Neoliberal⁹. Apesar do texto constitucional conter avanços, houve um grande ataque por parte do capital. De acordo com Bravo (2011):

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução de direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. (BRAVO, 2006, p. 14).

Em 1995, tomou posse como presidente da república Fernando Henrique Cardoso (FHC), mantendo e aprofundando as propostas de ajustes neoliberais, refletidas diretamente na redução de direitos sociais, no enfraquecimento dos movimentos sociais e na constituição de mudanças no mundo do trabalho.

O governo de FHC realizou, de maneira ofensiva, mudanças substanciais na estrutura do Estado através do documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995), proposta elaborada pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE). O referido documento direcionava a reforma como uma estratégia adotada para que o Estado se desviasse das funções básicas, delegando sua intervenção para o setor privado.

De acordo com o Plano, os cortes dos gastos sociais seriam justificados pela Crise Fiscal do Estado, gerando uma deterioração dos serviços públicos assumidos pela iniciativa privada, com proposta de resolutividade dos problemas. Na realidade, a reforma proposta teria como consequência a redução de direitos, baseando-se na justificativa da crise fiscal, transformando as políticas sociais em ações focalizadas e compensatórias, e atendendo os efeitos da crise, conforme afirma Bravo:

Esse projeto tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contra-posição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico. Como estratégia da proposição privatista destaca-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. (BRAVO 2006, p. 3).

O Estado, nessa perspectiva, desvia-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em questionamento o modelo econômico vigente.

Portanto, o Plano Diretor de Bresser Pereira parte da premissa que há o

⁹ As políticas de ajustes neoliberais foram trazidas para os países da América Latina através de um modelo criado pelo Banco Mundial, pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo governo dos Estados Unidos: o chamado Consenso de Washington. O Consenso de Washington pretendia um ajuste estrutural através de mudanças que os países ricos julgavam “necessárias” para os países periféricos se estabilizarem através da aplicação de políticas liberais, privatizantes e de mercado. (Brandão, 2013).

esgotamento da estratégia do Estado e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, substituindo-o pelo modelo gerencial, que tem como características: a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

Nessa proposta, o Estado torna-se apenas promotor e regulador, ausentando-se da responsabilidade pelo desenvolvimento econômico e social, repassando essa competência para o setor privado. O Plano propôs inovação na criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercesse funções públicas, obedeceria as leis do mercado. Essa proposta acarretou graves consequências para Saúde, como afirma Bravo (2011):

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2011, p. 14).

O Plano Bresser Pereira e demais ajustes na perspectiva neoliberal, implementados no governo FHC, são identificados como uma contrarreforma do Estado, conforme explicitado por Behring:

[...] o neoliberalismo em nível mundial configura-se como uma reação burguesa conservadora e monetarista, de natureza claramente regressiva, dentro da qual se situa a contra-reforma do Estado. (BEHRING, 2003, p. 131).

A autora defende que todas as propostas do governo com o objetivo de amortecer os impactos da crise e proporcionar a retomada do crescimento econômico é, na verdade, uma contrarreforma (BEHRING, 2008), caracterizada por restrição de direitos sociais e acompanhada por uma série de privatizações do setor público estratégico.

Contudo, um dos princípios centrais do SUS, que é a universalidade do direito, vem provocando resistência aos formuladores do projeto de saúde destinado ao mercado, apresentado concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contrariedade às concepções coletivas e universais do projeto original da Reforma Sanitária.

No Brasil, o neoliberalismo foi introduzido com o discurso da importância de modernizar o país, tendo em vista que a conjuntura mostrava um país destruído pela inflação. Assim, criou-se a base para hegemonia neoliberal, que não se alterou (principalmente na política econômica) nos governos subsequentes.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, representou um marco político na história do Brasil, pois foi o primeiro representante da classe operária eleito, confirmando

uma reação da população ao projeto neoliberal da década de 1990.

No primeiro governo Lula (2003-2006), no que tange as características dessa gestão, pode-se identificar que não houve avanços na consolidação de um sistema de proteção social baseado no conceito de Seguridade Social. De acordo com Bravo (2001):

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas a lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo o segmento das três políticas: saúde, assistência social e previdência social. (BRAVO, 2001, p. 15).

Havia expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária, construído e conquistado nos anos 1980 e questionado na década de 1990 com a consolidação do projeto saúde articulado ao mercado. Dessa forma, preocupou-se em manter condições favoráveis aos interesses privatistas, velando as tensões entre os dois projetos antagônicos:

O governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, enfatiza a focalização e o distanciamento. (BRAVO, 2006, p. 16).

Destaca-se a questão do desfinanciamento da política de saúde. Bravo (2009) afirma que a saúde viveu graves problemas de financiamento como:

[...] desvinculação da CPMF da receita do setor saúde até a sua exclusão; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisões do Presidente, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda [...]. Outro aspecto central é a desvinculação de Receitas da União (DRU) com a utilização dos 30% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública (BRAVO, 2009, p. 5).

Entretanto, é possível fazer uma avaliação positiva do primeiro mandato (2003-2007) de Lula, mesmo sem recursos e ousadia para maiores intervenções. Nos primeiros meses do governo, muita “energia institucional” foi utilizada para superar as fragmentação das ações e implantar uma nova organização no Ministério da Saúde (PAIM, 2009):

A reforma administrativa realizada sugeria uma ênfase na integração da atenção básica com assistência especializada e hospitalar, destaque para recursos humanos e atenção para os insumos estratégicos e desenvolvimento científico e tecnológico, além para a prioridade para a gestão democrática. (MENICUCCI, 2011, p. 525).

Algumas propostas inovadoras foram implantadas, tais como: a Política de Saúde Bucal, através do Programa Brasil Sorridente, considerado como uma política abrangente,

pois tinha o objetivo de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal e em níveis mais complexos; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento móvel em casos médicos de urgência e emergência; o Programa Farmácia Popular¹⁰, constituído por uma rede de drogarias privadas que venderiam produtos com até 90% de desconto, mediante subsídio do governo.

Destaca-se a ampliação da atenção básica através: do Programa Saúde Familiar, com o aumento de 57% no número de equipes de saúde; dos recursos do Piso de Atenção Básica, congelados desde a constituição de 1988, passando de R\$ 10,00 para R\$ 15,00 *per capita* (MENICUCCI, 2011); e da expansão dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), impulsionando a Reforma Sanitária com o intuito de mudar o modelo de atenção à saúde através de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização.

No que tange aos medicamentos, Menicucci (2011), destaca, entre os avanços, a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED), além de normas para controlar os preços desses produtos. Os medicamentos de alto custo ficam isentos de ICMS, o incentivo aos medicamentos genéricos e a realização da 1º Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

A autora também destaca as ações voltadas para grupos específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007); o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa DST/AIDS; ações para a saúde do trabalhador através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); ações relativas à saúde dos quilombolas, dos indígenas, dos assentados e dos negros. Além disso, aprovou-se, em 2003, o Estatuto do Idoso, com um capítulo direcionado para a saúde objetivando-se suprir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso.

O Pacto em Defesa do SUS constituía um movimento de repolitização do SUS, através de uma estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades da saúde, materializando-se na Emenda Constitucional nº 29, sendo aprovada pelo Congresso Nacional em 2000. Essa emenda estabeleceu limites mínimos de

¹⁰ O Programa Farmácia Popular do Brasil é apresentado em duas modalidades: a “Rede Própria” e o “Aqui tem Farmácia Popular”. Neste trabalho iremos abordar a segunda modalidade. Os valores de referência dos medicamentos para o tratamento de dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, além dos contraceptivos e fraldas geriátricas, foram definidos para cada princípio ativo pelo Ministério da Saúde, que subsidiará até 90% destes preços e o cidadão arcará com a diferença até o preço de venda praticado pelo estabelecimento (quando o preço do medicamento for igual ou maior que o preço referencial). Os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos são dispensados de forma gratuita. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/18028-voce-sabe-a-diferenca-entre-a-rede-propria-e-o-aqui-tem-farmacia-popular>. Acesso: 27/06/2017.

investimentos em saúde por parte dos estados e municípios:

As transferências dos recursos federais também foram modificados passando a ser divididos em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento em Saúde) reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos. (MENICUCCI, 2011, p. 526).

No segundo mandato do presidente Lula (2007-2011), houve poucas inovações, dando continuidade aos programas criados no primeiro mandato, além de aperfeiçoar os aspectos básicos do SUS. A autora destaca a ênfase no fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de hemoderivados, medicamentos, equipamentos e vacinas.

Em 2007, iniciou-se uma nova etapa de contrarreforma do governo Lula. Foi nomeado José Gomes Temporão como ministro da saúde, sujeito político que participou do Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2009). Em seu discurso de posse, o ministro Temporão afirmou que há um campo de tensão entre o projeto reformista idealizado e o projeto colocado em prática, assim como aspectos culturais e ideológicos, como redução do Estado, focalização, negação de solidariedade, dentre outros (BRAVO, 2011).

O ministro não enfrentou questões centrais do ideário reformista como: a concepção da Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. E apresentou propostas contrárias ao Projeto, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para os hospitais públicos, criando-se as Fundações Estatais de Direito Privado. O referido projeto propôs regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal de 1988, com a finalidade de definir as áreas de fundações instituídas pelo poder público (MENEZES, 2011).

As fundações propuseram um novo modelo de gestão no SUS, privatizado pelo sistema, oferecendo autonomia à iniciativa privada a respeito dos gastos, contratação de pessoal, salários, sem qualquer tipo de contratação de profissionais. Porém, verificou-se que essas propostas resultaram um distanciamento do controle e da organização das propostas dos espaços públicos, transferindo o poder da decisão à esfera privada, o que representou um retrocesso político no controle público do SUS.

O Projeto de Lei 92/2007, que visava regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 1988, definia que as fundações poderiam efetivar contratos com outros agentes do mercado, inclusive com aplicações financeiras (MENEZES, 2011), ou seja, a Fundação Estatal de Direito Privado tinha um discurso de defesa das privatizações dos serviços sociais e

dos direitos dos trabalhadores.

A análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato é que as disputas entre os dois projetos na saúde - existentes nos anos de 1990 - continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, e a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado através do mix público-privado. (BRAVO, 2009, p. 8).

Todas essas questões e exemplos demonstram que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permaneceram como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor. Percebe-se que ocorreu um pluralismo teórico entre os intelectuais e alguns históricos que participaram de sua construção nos anos de 1980 com os outros movimentos sociais devido a abordagens não marxistas, influenciando suas posições políticas (BRAVO, 2009).

Em 01 de janeiro de 2011, Dilma Rousseff iniciou seu primeiro mandato. Apresentou-se como um dos maiores desafios de seu governo (no que dizia respeito à manutenção dos princípios do SUS) o crescimento dos “novos” modelos de gestão do SUS, tais como Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs) e as Fundações Estatais de Direitos Privados, modelos que foram propostos em governos anteriores, demonstrando a subordinação da saúde pública às exigências macroeconômicas do capital.

Como exemplo, Menezes (2011) ressalta o Projeto de Lei 1.749/11, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja natureza jurídica é de uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com um discurso falacioso de reestruturar os serviços hospitalares. Todavia, tratava-se de um claro processo de privatização dos serviços públicos, pois a empresa contratava funcionários através do regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), como também por contrato temporário de no máximo dois anos. A finalidade da empresa era implantar a lógica do mercado com a rotatividade de pessoal e a regressão da autonomia universitária.

A segunda edição do Programa de Aceleração de Crescimento (PAC 2), na área da saúde, previa a construção e reformas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e ações de saneamento nos municípios. Em 2013, frente à precarização na saúde, foi criado o Programa Mais Médicos, com o objetivo de ampliar a atenção básica, trazendo-se médicos de Cuba sob a justificativa do não preenchimento de vagas por profissionais brasileiros.

Os médicos cubanos enfrentaram resistência, crítica e preconceito do Conselho Federal de Medicina, da Federação Nacional dos Médicos e da Associação Médica Brasileira. Porém, de acordo com fonte ministerial¹¹, o programa está presente em 3.785 municípios e em 34 distritos indígenas, atendendo mais de 50 milhões de brasileiros.

De acordo com Menicucci (2011), no calendário oficial de vacinas, o governo Dilma registrou algumas ações bem sucedidas: a vacina HPV para meninas de nove a treze anos, a vacina Hepatite A para crianças de um a dois anos. Essas ações significaram um avanço sanitário na prevenção de doenças, mas ainda são ações pontuais e seletivas o que contradiz os princípios de universalidade, integralidade e equidade propostos no SUS. Ampliou-se o programa “Farmácia Popular”, ofertando medicamentos de hipertensão e diabetes, em parceria com farmácias privadas.

Assim, não se pode vislumbrar um cenário otimista do SUS (PAIM, 2011), pois os governos anteriores contribuíram de alguma maneira com o Sistema, porém não se mostraram comprometidos com os seus princípios:

[...] Collor sancionou as Leis Orgânicas da Saúde; [...] FHC ampliou o PSF, ampliou a política de medicamentos genéricos [...] Lula montou o Serviço Atendimento Móvel de Urgência e implementou as políticas de saúde mental e bucal; Dilma regulamentou a Lei 8.080/90 e aprovou a Lei Complementar 141. Nenhum deles, porém incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, nem demonstrou compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela constituição Federal de 1988. (PAIM, 2011, p. 32)

Dilma Rousseff foi reeleita em 2014 e, no ano de 2015, cinquenta pedidos de impeachment foram protocolados na Câmara dos Deputados¹². Desses pedidos trinta e nove foram arquivados por motivos de falta de provas e de argumentação jurídica sustentável. Dos onze restantes, os objetos das denúncias eram: crime de responsabilidade, e envolvimento no escândalo de corrupção na Petrobrás e na Operação Lava Jato.

De acordo com o site¹³ UOL, em 02 de setembro de 2016 o pedido de impeachment foi acolhido pelo então presidente da Câmara dos Deputados Eduardo Cunha (PMDB). No dia 2 de dezembro de 2015 o pedido foi protocolado pelos juristas Miguel Reale Jr., Janaína Conceição Pasquale e Hélio Bicudo. Em 17 de abril de 2016, a Câmara dos Deputados realizou a votação pela admissibilidade de impeachment, 367 deputados votaram a favor e o pedido seguiu para o senado e, em 12 de maio do mesmo ano, 55 senadores

¹¹ Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25070:pac-da-saude-governo-conclui- apenas-16-das-acoes-em-saude-prometidas-ate-2014&catid=3. Acesso em: 25/04/2017

¹² Disponível em: <http://historiadomundo.uol.com.br/idade-contemporanea/impeachment-dilma-rousseff.htm>. Acesso: 25/04/2017

¹³ Disponível em: <http://brasilecola.uol.com.br/historiab/impeachment-dilma-rousseff.htm>. Acesso: 25/04/2017

aprovaram a abertura do processo de impeachment contra Dilma Rousseff. Assim, a presidente foi afastada do cargo temporariamente e assumiu Michel Temer.

O site também destaca que Eduardo Cunha foi condenado a quinze anos de prisão por crime de corrupção passiva, três crimes de lavagem de dinheiro e dois crimes de evasão de divisas. De acordo com o Ministério Público Federal, Eduardo Cunha recebeu 1,5 milhão de dólares em propina, por intermédio do operador financeiro João Augusto Rezende Henriques, que teria depositado o valor de uma conta secreta para o peemedista na Suíça. A propina teria sido paga por Idálecio de Castro Rodrigues de Oliveira, proprietário da empresa Copagnine Béninoise des Hydrocarbures, e acertada com o então diretor da área Internacional da Petrobras, Jorge Luiz Zelada.

A elite brasileira, ao comprar o impeachment e formar bancadas no Congresso para garantir seus interesses, compactuou com o golpe de Estado. Aprovada a destituição da presidente pelo Senado, os que participaram da realização do golpe cobriam o “favor” prestado.

Em 31 de agosto de 2016, o governo de Dilma foi interrompido por um golpe político comandado por ampla aliança das classes conservadoras. Tais setores violaram a soberania do país, estão destruindo direitos dos trabalhadores, colocaram um fim a ordem democrática e estão retroagindo de forma intensa a economia e o quadro social brasileiro para uma posição anterior a 2003. Apesar do governo Dilma ter frustrado algumas expectativas dos interesses populares por suas escolhas econômicas, a maioria da população a escolheu e, durante seu mandato, manteve o legado social do governo Lula.

O governo de Temer tem aprovado Leis, Reformas e Emendas Constitucionais que reduzem drasticamente os direitos trabalhistas consolidados pela CLT, bem como retrocedem as políticas da Seguridade Social, as aposentadorias, a saúde e a educação. Há a aprovação da PEC 55, que torna o Estado mínimo, impondo um teto para o gasto público durante vinte anos, ou seja, nos próximos cinco governos. Se colocarmos a saúde como exemplo, teremos um corte de 70% nos próximos dez anos, afirma o jornal *Le Monde Diplomatique Brasil*¹⁴.

Em 22 de março de 2017 foi aprovada a regulamentação da terceirização em todos os casos, incluindo a atividade fim. O Projeto de Lei 4.302/98 (que se tornou a Lei 13.429, de 31 de março de 2017), que permite a terceirização da atividade fim é, na verdade, o fim da garantia mínima dos direitos sociais, maior violação das normas protetivas, enfraquecimento

¹⁴ Disponível em: <http://diplomatique.org.br/a-pec-do-estado-minimo/> Acesso em: 28/04/2017

da representatividade sindical, e acúmulo de reclamações trabalhistas, em sua maioria por ausência de pagamento e respeito a direitos básicos. A relação trabalho e emprego devem ser pautados pela ética e pelo respeito mínimo garantido na Constituição Federal.

O Congresso atualmente apresentou pedido de caráter de urgência para o PL 6.787/2016, que trata de mudanças significativas na Consolidação das Leis do Trabalho. De acordo com o site Carta Capital, de 19 de abril de 2017¹⁵, o Ministério Público do Trabalho (MPT) divulgou a quinta nota sobre a proposta. A nota assinada pelo Procurador Geral do Ministério do Trabalho, Ronaldo Fleury, pede um debate mais amplo sobre o tema e a rejeição parcial da proposta, “que suprime ou reduz diversos direitos sociais”.

Seguindo a ofensiva neoliberal, o SUS tem sido constantemente atacado. O presidente Temer escolheu como ministro da saúde Ricardo Barros, deputado federal e engenheiro civil. Por não pertencer à categoria profissional da saúde, vem apresentando nenhuma capacidade técnica e revela sinais de total desconhecimento do sistema de saúde, além de demonstrar interesse ao projeto privatista, visando atender aos interesses do mercado. Assim, ignora os princípios do SUS estabelecidos constitucionalmente e regulamentados nas leis. Tem-se como exemplo a declaração do ministro se referindo a falta de dinheiro para honrar as garantias previstas na constituição e a possibilidade de alterá-las:

"Vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e em outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las", afirmou o engenheiro Ricardo Barros, novo ministro da Saúde - o primeiro ministro que não faz parte da categoria da saúde. (BBC Brasil, 17/05/2017).¹⁶

O objetivo de reduzir o custo como proposta da ofensiva neoliberal é bem retratado pelo atual ministro da saúde. De acordo com a reportagem do site G1, em 08 de abril de 2016¹⁷, o ministro defendeu a necessidade de controlar a prescrição de exames e ainda afirmou: “Temos que ter controle da demanda que os médicos fazem destes exames e passar a avaliar como utilizam sua capacidade de demandar do SUS. Se o médico solicita muitos exames que dão resultado normal, ele não está agindo de forma correta com o sistema.”.

O projeto de saúde articulada ao mercado e defendido pelo ministro da saúde está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais características a contenção de gastos com racionalização da oferta e descentralização com isenção em responsabilidade do poder

¹⁵ Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2017/01/26/estudo-do-mpt-aponta-que-reforma-trabalhista-e-inconstitucional/>. Acesso em 10/05/2017

¹⁶ Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36317754>>. Acesso em: 10 de maio 2017.

¹⁷ Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/exames-com-resultado-norm.ghtml>. Acesso em: 10 de maio 2017.

central. Assim, Bravo afirma que:

A tarefa do Estado, nesse projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO, 2011, p. 15).

O ministro da saúde anunciou, no final de 2016, um projeto de “planos de saúde populares”. De acordo com a reportagem do G1, em 08 de março de 2017¹⁸, foram enviadas três propostas de modelo para esses planos e serão avaliadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁹. Esses planos não incluem internação, urgência e exames de alta complexidade.

De acordo com o site do Conselho Nacional de Saúde, o CNS “se mostrou contrário à proposta, acompanhará cada etapa do processo que alguns conselheiros já denominam como plano de saúde para pobres” e na audiência pública realizada juntamente com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), praticamente todas as entidades se manifestaram contrárias à criação desses “planos populares”.

De acordo com o presidente da OAB²⁰, a população brasileira já paga altíssimas cargas tributárias, além disso, saúde é um princípio constitucional, é dever do Estado: “temos que encontrar outros mecanismos que não seja onerar cada vez mais o cidadão brasileiro”.

Dessa forma, se percebe a importância do protagonismo do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na agenda política do governo, propondo debates, seminários, além de elaborar e lançar notas públicas com o objetivo de enfatizar o controle democrático e resgatar o Sistema Único de Saúde, pautado na estruturação de política pública de proteção e promoção à saúde. É de extrema importância viabilizar e fortalecer o SUS de acordo com seus princípios para que a população brasileira tenha seu direito à saúde garantido (BRAVO, 2006).

¹⁸Disponível: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2017/03/plano-de-saude-popular-tem-proposta-de-regularizacao-enviada-anvisa.html>. Acesso em: 15/05/2017

¹⁹A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 15 de maio 2017.

²⁰Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/08ago10_Entidades_sociedade_recha-cam_criacao_plano_saude_popular.html> Acesso em: 15 de maio 2017.

2 A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O DESMONTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este capítulo apresentará uma breve análise do conceito de Estado na perspectiva de Marx e de Gramsci. Será utilizado substancialmente o conceito de Gramsci para desenvolver o trabalho, pois, para o autor, Estado é definido na maneira que governantes e governados se relacionam. Essa definição explica melhor nosso questionamento acerca da participação social.

A política de saúde será contextualizada em um início de ofensiva neoliberal, caracterizada por um enxugamento da máquina estatal e propondo políticas públicas focalizadas. Para além disso, são geridas por “novos” modelos de gestão após terem sido aprovadas leis que autorizam pessoas jurídicas de direito privado assumirem a responsabilidade da saúde, isentando o Estado de suas obrigações.

2.1 A Política de saúde brasileira no contexto da contrarreforma do Estado

Antes de se analisar a política pública de saúde e os impactos das decisões políticas pautadas pela ideologia neoliberal, faz-se necessário conceituar Estado para se entender melhor a sua função e suas obrigações perante a sociedade.

Oliveira (2014), a priori, afirma que o Estado deve ser concebido como algo sensível às aspirações políticas e ideológicas e, discutir isso, é o primeiro passo para esclarecer da melhor forma o conceito.

Alguns atores afirmam que definir Estado não é uma tarefa fácil, por ser um conceito complexo, porém consegue-se perceber certa uniformidade entre eles, pois é caracterizado como um órgão executor da sociedade:

O Estado é ao mesmo tempo uma relação de dominação, ou a expressão política de dominação do bloco no poder, em uma sociedade territorialmente definida, e um conjunto de instituições mediadoras e reguladoras dessa dominação, com atribuições que também extrapolam a coerção. Nesse contexto, o governo ganha persona própria, jurídica, separada tanto da persona física do governante quanto da instituição estatal. (PEREIRA, 2008, p. 148)

A manifestação do antagonismo irreconciliável das classes produz o Estado (LÊNIN, 2011), ou seja, o Estado se manifesta na medida em que interesses contrários das classes não podem mais ser reconciliados e o fato desses interesses contrários das classes serem irreconciliáveis prova a existência do Estado.

Marx compreende o Estado como “órgão de dominação de classe, um órgão de

submissão de uma classe por outra; é a criação de uma ‘ordem’ que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão de classe” (2011, p. 38).

Assim, o Estado pela perspectiva de Marx, é resultado das divisões da sociedade em classes, e não é um poder neutro. Marx enfatiza o caráter de dominação de classe do Estado, considerando um mecanismo exclusivamente de opressão e repressão ao operário para garantir a acumulação e reprodução do capital. Assim, o Estado brasileiro, como está constituído atualmente, visa à expansão do capital e prioriza as políticas de privatização em favorecimento de algumas classes sociais (OLIVEIRA, 2014).

Segundo Tenório e Saraiva (2008), o pensamento político sobre o Estado é imenso, e apesar de ser uma entidade abstrata, independentemente de suas condições geográficas, econômicas, sociais e culturais, apresenta características essenciais, o Estado:

É soberano e está encarregado de representar ou expressar a coletividade; possui um quadro jurídico e administrativo, que define suas regras organizando as formas da existência social; e se constitui na instância governamental que, em última análise, toma decisões referentes aos negócios comuns. (CHÂTELET; PIESER, 1983, p. 77 apud TENÓRIO; SARAIVA, 2008)

Esse conceito é semelhante ao de Norberto Bobbio, que faz uma reflexão a respeito da concepção weberiana “[...] do estado moderno definido mediante dois elementos constitutivos: a presença de um aparato administrativo à prestação de serviços públicos e o monopólio legítimo da força.” (BOBBIO, 1987, p. 77).

O Estado contemporâneo pode ser visto de diferentes perspectivas, em suas diversas facetas de organização social:

Com o *Estado administrativo* capaz de cumprir funções específicas, o Estado moderno se tinha diferenciado nas instituições jurídicas engendradas pela economia do mercado; como o *Estado fiscal*, ele dependia ao mesmo tempo, da economia capitalista. Ao longo do século XIX, ele abriu-se, como *Estado-nação*, às formas democráticas de dominação. Em algumas regiões privilegiadas e nas condições favoráveis do pós-guerra, este *Estado-nação*, erigido em modelo em escala planetária, pode adotar – por meio de regulação de economia nacional cujos mecanismos permanecem intactos – a forma de *Estado-social*, na medida em que a economia globalizada foge às intervenções de um tal *estado regulador*. (Habermas, 1998, p. 10 apud Tenório e Saraiva, 2008, p. 111, grifos dos autores).

De acordo com Gramsci, a política e o Estado não podiam ser pensados como esferas isoladas, mas refletidos sobre o princípio de totalidade, considerando a análise crítica da economia política de Marx. Essas reflexões não negaram as descobertas essenciais de Marx (SCHMALLER, 2013).

Gramsci considerava que a produção e a reprodução da vida material, implicando

a produção e a reprodução das relações sociais globais, é o fator ontologicamente primário na explicação da história. Ao perceber que a natureza do Estado capitalista foi modificada por acontecimentos políticos e econômicos no século XX, Gramsci amplia a análise marxista sobre o Estado. Ele percebeu que, embora o Estado prosseguisse com o seu caráter classista, não era apenas um grupo de negócio da burguesia (SCHMALLER, 2013).

Gramsci também percebe que o monopólio da violência e da coerção não era mais suficiente para a manutenção da ordem social. Era necessário organizar novas formas de estabelecer o consenso, função destinada ao Estado, através da formulação e propagação de um conjunto de valores e normas políticas, sociais e culturais.

Simoniatto (1995) explica que Gramsci não compreende o Estado somente a partir do seu conteúdo econômico e social como expressão da classe dominante:

Mesmo considerando que há uma correspondência entre formas econômicas e políticas, que o Estado se compõe de instituições, regras e aparatos que permitem à classe dominante unificar-se e exercitar o seu domínio, e mesmo considerando que a classe politicamente dominante é sempre a classe que predomina nas relações de produção, tudo isso ainda não basta para determinar as formas concretas do Estado (SIMONIATTO, 1995, p. 70).

A definição de Estado defendida neste Trabalho de Conclusão de Curso será a de Gramsci. Isso contribuirá de maneira essencial para a análise dos questionamentos que o permeiam, pois segundo o autor, a forma concreta de Estado está apoiada também no modo como se estabelecem as relações entre os governantes e os governados e como se destacam as questões do governo (DEFILIPPO, 2012):

Um dos pontos em que Marx e Gramsci se diferenciam é exatamente a concretização do Estado, que para o primeiro se dá pelo caráter de classe, e para o segundo, além do caráter de classe, existem novas determinações. (DEFILIPPO, 1995, p. 17 apud SIMONIATTO, 1995).

Defilippo (2012) demonstra que Marx viveu um período de “tímida” socialização da política e, portanto, em suas teorias, restringe o movimento proletário enquanto organizações. Ele não conseguiu presenciar o crescimento dos grandes sindicatos, dos partidos políticos legais e de massa. Assim Gramsci vem caracterizar a “sociedade civil” não pela repressão, mas pela hegemonia.

Em suas análises do conceito de Estado, Gramsci apresenta a superestrutura e distingue duas esferas intituladas de “sociedade civil” e “sociedade política”. Ele entende como sociedade política o conjunto de aparelhos por meio do qual a classe dominante exerce o seu monopólio legal. São, portanto “os aparelhos coercitivos do Estado, encarnados nos

grupos burocrático-executivos ligados às forças armadas e policiais e à imposição das leis” (COUTINHO, 1996). E, de acordo com Gramsci, a definição de sociedade civil é:

[...] o conjunto das instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias; ela compreende assim o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, as organizações profissionais, os meios de comunicação, as instituições de caráter científico e artístico etc (COUTINHO, 1996, p. 54).

Dessa forma, o autor apresenta a teoria ampliada do Estado, em que a junção das duas esferas forma o Estado em sentido amplo e com a função conservar ou transformar uma determinada formação socioeconômica, de acordo com os interesses de uma classe social que detém o modo de produção capitalista (DELFILIPPO, 2012).

Sendo assim, a autora afirma que a ideologia neoliberal, presente nos governos da década de 1990, possui a característica de exercer uma ditadura ou uma dominação fundada na coerção, ou seja, no capitalismo a hegemonia significa o predomínio ideológico de valores e normas burguesas sobre a sociedade:

A noção de hegemonia como “direção intelectual e moral” assume relevância central na estratégia da “guerra de posição”. O conceito se refere tanto ao processo em que uma classe torna-se dirigente quanto à direção que uma classe no poder exerce sobre o conjunto da sociedade. A hegemonia expressa a direção e o consenso ideológico (de concepção de mundo) que uma classe consegue obter dos grupos próximos e aliados (DURIGUETTO, 2007, p. 59).

Dessa forma, a autora evidencia que a classe dominante impõe a ideologia dos seus valores e normas sobre a sociedade. Isso fica evidente ao se apresentar planos, projetos e normas sem consultar a sociedade. Porém, em seu discurso ideológico, a classe que está no poder apresenta o discurso falacioso de que essas medidas são necessárias para a melhoria do país.

Santos (2013) demonstra que, a partir dos de 1990, as políticas sociais, entre elas a saúde, passaram a ser alvos dos ataques da ofensiva neoliberal, de uma maneira específica no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a proposta da “Reforma” administrativa do Estado. Essas transformações foram notórias a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, proposto no governo de FHC, encaminhado ao Congresso no primeiro mandato. De acordo com o Plano, o Estado renunciaria seu papel regulador e provedor e deixaria esses serviços aos cuidados do mercado.

Seguindo nessa direção década, de 1990 é marcada pelo condicionamento de reformas na esfera política, as quais tiveram início no governo Fernando Henrique Cardoso. Vale destacar, que o discurso sobre a reforma do Estado encontra-se

ancorado em dois pilares: de um lado propõe a redução das funções estatais – transferindo para a sociedade civil – e do outro a contenção do caráter burocrático substituindo-o pelo modelo gerencial. (SANTOS, 2013, p.3)

O projeto de reforma do Estado, elaborado pelo Ministro Bresser Pereira²¹ juntamente com outros ministros, foi justificado pela crise decorrente da ineficiência burocrática e administrativa do Estado de intervir no econômico e social. Assim, “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado.” (BRESSER, 1995, p.12).

Na realidade, o Estado se desviou de suas funções básicas ocasionando a deteriorização dos serviços públicos, mais o agravamento da crise fiscal e da inflação (BERING, 2008). A autora também afirma que:

É preciso também descentralizar, para o “setor público não estatal, de serviços que não envolvem o exercício de poder do Estado, mas deve por ele ser subsidiado, como: educação e saúde. Esse processo é conhecido como publicização, a qual atinge diretamente as políticas sociais. Assim o Estado deixará de ser o executor das políticas sociais, tornando-se apenas coordenador e financiador. (BERING, 2008 apud SANTOS, 2013, p. 5)

Cabe ressaltar que o período de 1990 é contrarreformista, pois provoca a desestruturação das conquistas do período anterior, principalmente no que diz respeito aos direitos sociais (BERING, 2003), tendo em vista que as conquistas democráticas foram constituídas na Constituição Federal de 1988 em resposta as reivindicações do Movimento Sanitário Brasileiro.

Nessa conjuntura, com o avanço da ofensiva neoliberal, a área da saúde passa a ser direcionada pela lógica da privatização, focalização e desregulamentação das condições de trabalho. O subfinanciamento do SUS, atualmente, vem diminuindo, pois é crescente o repasse do fundo público para o setor privado e tendo como consequência o sucateamento das estruturas públicas, além de impedir a melhoria na gestão de serviços, o que acaba servindo de justificativa para a privatização. Salvador (2015) afirma que:

O orçamento público é um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade, buscando inserir seus interesses. Os interesses dentro do Estado capitalista são privados e a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. (SALVADOR, 2012, p. 05).

Dessa forma, o projeto privatista da saúde se consolida articulado com os ideais neoliberais, em comum acordo com as ações focalizadas e seletivas, além de

²¹ Bresser Pereira foi Ministro do Ministério da Administração da Reforma do estado no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998).

desresponsabilizar o Estado pelas políticas sociais com o objetivo de favorecer o capital, fragmentando o atendimento público e prejudicando o financiamento para a saúde. (NASCIMENTO, 2013).

Correia (2005) apresenta uma reflexão a respeito do protagonismo do Banco Mundial (BM) sobre a política de saúde nos países periféricos. Os documentos produzidos por ele contêm orientações para as políticas estatais a serem implantadas, mediante disponibilidade de empréstimos para esses países.

A autora afirma que o capital tem um grande interesse na área da saúde através dos grupos privados de saúde, das indústrias farmacêuticas e dos equipamentos nacionais e internacionais. A interferência do BM é fortalecer o mercado de saúde.

Assim, as ideias neoliberais propostas por FHC seguiam as orientações do BM, pois para ele as realidades fiscais não seguem os sonhos de despesa alimentados pelo processo de democratização e pela CF 88:

O prognóstico para o sistema de saúde não é bom [...] A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação desse direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos (CORREIA, 2005, p.82).

Além do Plano Diretor de Reforma do Estado, Correia (2005) demonstra outros documentos que seguem a mesma lógica neoliberal, como o documento produzido pelo Ministério da Saúde, que apresenta diretrizes políticas para a saúde em conformidade com as orientações do Banco Mundial. O “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil” em setembro de 1995 expressava que:

O ministério da saúde compromete-se, neste documento, a modificar as bases institucionais do sistema de saúde nacional com: a organização de um sistema assistencial privado, estimulador da qualificação com redução a gastos; a atenção de modelos técnicos-operacionais inovados e inovadores; o estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação (CORREIA, 2005, p. 11/12)

Outro documentado elaborado pelo BM para orientar a política de saúde no Brasil é de fevereiro de 2007, com o título de “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos.” De acordo com esse documento, ações e propostas são apresentadas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público” do SUS (CORREIA, 2005).

De acordo com a autora, tais documentos deixam bem claro o repasse da gestão do SUS para outras modalidades não estatais, através dos contratos de gestão, mediante

transferência de recursos públicos, ou seja, um processo de privatização justificado em uma suposta avaliação da “ineficiência” e da “baixa qualidade de serviços” do SUS.

Na realidade, pode-se dizer que o SUS estaria complementando o privado, e não o inverso. Isso contraria o art. 199, inciso 1º, da Constituição Federal de 1988, bem como o art. 24 da Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, que prevê que quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial para a população, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (SANTOS, 2013).

As contrarreformas implementadas a partir dos anos 90, em conjunto com as orientações do BM, determinam a necessidade de limitação do Estado e vão demandar da política de saúde no Brasil (CORREIA, 2005).

No Plano da Reforma do Estado, o Governo achava que “a Constituição de 1988 exagerou neste aspecto, retirando do executivo a capacidade de iniciativa” e defendeu a flexibilização nos controles da sociedade sobre as ações do Poder Executivo (REZENDE, 2008).

O autor ainda destaca que a reforma dividiu o Estado em quatro setores:

- a) Núcleo Estratégico: compreende o Poder Executivo – setor que define as leis e as políticas públicas e cobra o seu cumprimento. O Estado deveria ter o controle absoluto sobre esses setores, que deveriam ter administração centralizada e verticalizada.
- b) Setor de atividades exclusivas do Estado: envolve os serviços que só o Estado pode realizar, não são atividades lucrativas. Assim, o Governo defendia mantê-los com o Estado, na forma de propriedade estatal, embora defendesse o “modelo de gestão gerencial²²”.
- c) Setor de serviços não-exclusivos do Estado: atividades consideradas de relevância para a sociedade, como a saúde e educação, que exigem a participação do Estado, mas que não são necessariamente executadas por ele. O Governo propôs a livre disputa do mercado e defendia a eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas, transmitindo a ideia de desperdício da administração pública.
- d) Setor de produção de bens e serviços para o mercado: constituídos por

²² Menezes (2011) afirma que a adoção de um novo modelo gerencial incluía uma reforma gerencial na saúde, reafirmado na Norma Operacional Básica 06, de 1996, que visa descentralizar a administração e o controle de gastos.

empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infraestrutura. O Governo entendia que esse setor deveria ser transferido para empresas lucrativas, com sistema de regulação por meio de agências. Eram eles: serviços de água, luz, correios, bancos, pesquisas etc.

O Estado propôs as “formas de propriedade” para os quatro setores acima citados (REZENDE, 2008):

- Propriedade Estatal: administração pública composta por patrimônio público.
- Propriedade Privada: entidades privadas composta por patrimônio privado voltadas para a obtenção de lucro.
- Propriedade Não-Estatal: são organizações sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, não pertencente a nenhum grupo específico e orientadas para o interesse público.

Correia (2005) cita as principais tendências da contrarreforma para a política de saúde. A primeira seria o rompimento do caráter universal do sistema público de saúde, ou seja, prestar atendimento aos mais pobres, que não podem pagar pelos serviços do mercado com modelo assistencial baseado na atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade. Para o BM, o modelo assistencial deveria estar centrado na atenção básica, assim o Estado se encarrega da parte não lucrativa dos serviços de saúde, pois não é de interesse do capital, porém fica a cargo da rede privada os serviços de alta complexidade.

Outra tendência da contrarreforma citada pela autora é a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício. Essa lógica de gestão prevê a privatização e terceirização dos serviços de saúde, com repasse de recursos públicos para as OSs, OSCIPs, Fundações de Apoio e Cooperativas de profissionais de medicina. Como consequência, ocorre a precarização do trabalho em saúde através da flexibilização dos contratos de trabalho, permitindo que o Estado mantenha sua função de financiador dos serviços, mas perde o controle sobre a qualidade dos serviços privados.

E, por fim, a tendência do estímulo do setor privado na oferta de serviços de saúde. Seguindo as propostas do BM, o Estado reduziria os programas destinados às populações mais pobres, desenvolvendo ações de prevenção e promoção, que tem custos menores, ficando o restante para o mercado. O acesso a esses serviços ficaria a cargo da capacidade de compra de cada indivíduo.

Dessa forma, é possível compreender os inúmeros retrocessos que o Plano Diretor

da Reforma do Estado está realizando na Seguridade Social, em particular na política pública de saúde. Os novos modelos de gestão apresentados no Projeto de Bresser Pereira será apresentado e detalhado no item que se segue, mas vale destacar que o Plano vai adquirindo legalidade através das seguintes medidas adotadas no Governo de FHC, conforme exemplifica Rezende (2008):

- A aprovação da Emenda Constitucional 19/98²³
- A aprovação da Emenda Constitucional 20/98²⁴
- A Lei 9.831/90, que instituiu o programa nacional de estatização;
- A Lei 9.401/97, que institui as agências executivas;
- A Lei 9.637/98 institui as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicação;
- A Lei 9.801/99, da exoneração de servidores por excesso de despesas;
- A Lei Federal nº 9.790, que instituiu as Organizações da Sociedade de Civil de Interesse Público (OSCIP).

O próximo subitem irá apresentar os ditos “novos” modelos de gestão propostos atualmente. Durante a década de 1990 várias leis federais foram aprovadas para que a entrada dessas entidades sem fins lucrativos (mas que recebem subsídios do governo) fossem vistas com legalidade. Será enfatizado o modelo mais recente proposto pelo Governo do Distrito Federal: o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, que no decorrer da elaboração deste trabalho, teve seu Projeto de Lei aprovado pela Câmara Legislativa do DF. Serão analisados os principais artigos que geram questionamentos acerca da participação da comunidade nas decisões do Instituto.

2.2 “Novos modelos” de gestão no Sistema Único de Saúde

No processo de implantação do SUS ao longo dos últimos 30 anos, sob o fortalecimento da hegemonia neoliberal, não se caminhou para a construção da reforma

²³ Emenda Constitucional 19/98: Modifica sobre o princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes Políticos, controle de despesas e finanças públicas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1998/emendaconstitucional-19-4-junho-1998-372816-norma-pl.html>>. Acesso em: 26 de jun. 2017.

²⁴ Emenda Constitucional 21/98: Modifica o sistema de previdência e estabelece normas de transição. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=169284>>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

sanitária defendida nos anos 1980. Em meio a disputas de projetos e da contrarreforma do Estado, promoveu-se a construção de um forte setor privado em saúde, seja por meio de um Sistema de Atenção Médica Supletiva (planos e seguros de saúde) ou por outras iniciativas, a exemplo do favorecimento do setor privado, tais como: subvenções de impostos, falta de financiamento adequado para o setor público e modelos na gestão do SUS em “parceria” com o setor privado.

A gestão do SUS vem sofrendo migrações para outras modalidades de gestão não estatais, através da celebração de “contratos de gestão” e “termos de parcerias”, que são materializados pelas Organizações Sociais, pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, pelas Fundações Estatais de Direito Privado, Institutos e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Através do Programa de Publicização²⁵, que delimitava a transferência da gestão e de produção de serviços para o setor público não estatal (CORREIA, 2011), as autarquias e fundações públicas seriam transformadas em Organizações Sociais (OSs), ou seja, entidades de direito privado sem fins lucrativos (LAMENHA, 2015).

As Organizações Sociais foram adotadas no Brasil como instrumento de implementação de Políticas Públicas, conforme entendidas no “Plano Diretor da Reforma do Estado”. Em 1997, por meio da Medida Provisória nº 1.591, o governo estabeleceu parâmetros para definir as entidades autorizadas a serem “parceiras do Estado” na condução da “coisa pública”, e seriam denominadas de “Organizações Sociais”. Em seguida, o Congresso aprovou a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção de órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências” (REZENDE, 2008).

De acordo com o autor, as OSs poderiam contratar funcionários sem concurso público. Poderiam, também, viabilizar compras sem licitação e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração” (REZENDE 2008). Isso acarreta perigosa margem para escolhas não muito claras nos serviços, na seleção de pessoal e contratações de obras, gerando debates em relação à nova gestão:

Não é nesse sentido da Constituição Federal nem da Lei Orgânica da Saúde, isto porque, nesses textos normativos, vê se claramente que os serviços públicos de

²⁵ Publicização: o Programa de Publicização tinha o objetivo de delimitar a transferência de gestão e da produção de serviços para o setor público não estatal (CORREIA, 2011).

saúde devem ser prestados pela administração pública e não por terceiros privados. Nenhum dos instrumentos legais em vigor faz referência à existência e ao papel dos conselhos de saúde. (COELHO, 2008, p. 86).

Rezende (2008) afirma que a autoridade supervisora (órgão público ao qual está vinculado a OSs) designa uma comissão de avaliação que deve encaminhar relatório conclusivo de avaliação juntamente com um relatório de execução de contrato de gestão, apresentando comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados:

Existe a possibilidade da população usuária ser prejudicada em relação aos acessos de saúde a serem prestados pelas OSs. Isto porque trabalham com metas e se houver uma demanda maior do que firmado, as necessidades da população serão negadas porque ficarão fora das metas contratualizadas. (COELHO, 2013, p. 86).

Assim, essa Lei instituiu garantias e condições para se efetivar um Estado mínimo, conforme proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, através da terceirização/privatização de serviços públicos até então produzidos pelo Estado, bem como de transferências privativas da União para entes privados, que poderiam ter acesso a poupança, patrimônio, créditos e servidores públicos para administrar seus próprios interesses (REZENDE, 2008). O autor ainda conclui:

Portanto, ao denominar estas entidades de organizações sociais, o Governo pretendia garantir um meio para tirar órgãos e competências da administração pública direta (programas, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações, sociedade de economia mista e empresas públicas) e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado. (REZENDE, 2008, p.4).

Cabe destacar, que a Lei determinou que “a organização social que absorver atividades de entidades federal extinta no âmbito da área da saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição federal e no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.”.

Entretanto, o Governo justificou que as “atividades não exclusivas do Estado” podem ser transferidas para a iniciativa privada, sem fins lucrativos, com o pretexto de parceria e modernização do Estado. Essa transferência resultaria em: melhoria de serviços para a comunidade, maior autonomia gerencial, aumento de eficiência e da qualidade dos serviços, melhor atendimento e menor custo. Assim, o governo compreendia que poderia desviar de suas funções para enfatizar o “setor produtivo do mercado” (REZENDE, 2008).

Lamenha (2015) destaca que as OSs apresentam proposta de implementação de terceirizações e possuem autonomia administrativa, que permite que as unidades de saúde

dirigidas por esse modelo de gestão demita e contrate trabalhadores. Tais medidas refletem a precarização do trabalho, num contexto de diminuição dos concursos públicos e a redução dos ajustes salariais dos trabalhadores:

As Organizações Sociais eliminam concursos públicos para a contratação de pessoas, abrindo um precedente para o clientelismo, bem como a precarização para o trabalho frente a flexibilização dos vínculos. A contratação de concursos só favorece o fortalecimento de “curvas eleitores” nos estados e municípios e contraria o ingresso de trabalhadores da saúde de forma transparente, além de não assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários, o que resulta na precarização do trabalho.” (CORREIA, p. 46, 2011).

Dessa forma, a criação das Organizações “joga em dois sentidos”. De um lado, tenta mostrar que inclui a sociedade civil, quando se declara uma organização sem fins lucrativos, podendo assumir a gestão de um estabelecimento de saúde, desde que siga os critérios impostos pela legislação que cria as OSs. Porém, por outro lado a proposta é clara ao definir que essas Organizações são de direito privado (COELHO, 2013).

Em 1999, a Lei Federal nº 9.790 instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. A Lei dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e institui o Termo de Parceria, como um Contrato de Gestão entre o Poder Público e as OSCIPs (COELHO, 2013).

Esse Termo de Parceria estabelece que a OSCIP tenha regulamento próprio que contenha os procedimentos para a contratação de obras e serviços utilizando recursos provenientes do Poder Público, respeitando os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência. As pessoas jurídicas qualificadas com outros diplomas legais, isto é, as Organizações Sociais, poderão qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, sendo assegurada por dois anos a manutenção simultânea dessas qualificações a contar da vigência da Lei (REZENDE, 2008). De acordo com o autor:

O objetivo deste dispositivo é, de fato, transformar as OSs em OSCIP porque essas possuem maior alcance de abrangência quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. Com a Lei da OSCIP, grande parte das ações do governo poderá ser transferida ao setor privado, conforme o Plano Diretor do Aparelho de estado/1995 – FHC (REZENDE, 2008, p. 6).

Nas OSCIPs, a prestação de serviços é transferida para as Organizações Não Governamentais (ONGs) por meio de “parcerias”, diferente do Programa de Publicização, que promove a extinção de entidades administrativas já existentes. Em curto prazo, seriam

mantidas entidades na esfera pública, ou seja, o Estado deixaria de se estruturar, utilizando de forma contratual para atribuir às entidades do setor privado a prestação de serviços à sociedade (REZENDE, 2008).

Coelho (2013) aponta que, nas Leis das OSCIPS, os modelos de gestão são semelhantes às organizações sociais e estima-se que essas entidades possam adquirir atividades públicas antes executadas por órgãos públicos, tendo como consequência a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, descumprindo assim a Constituição Federal e as Leis vigentes.

As Fundações Públicas de Direito Privado foram instituídas com a aprovação da Emenda Constitucional nº 19/1998, ou seja, uma entidade jurídica até então inexistente. Apenas houve avanço na implantação desse tipo de Fundação com o Projeto de lei Complementar 92/2007, que prevê que as fundações somente poderão ser instituídas para desempenho de atividades que não sejam exclusivas do Estado (REZENDE, 2008).

No Plano Diretor os Serviços não-exclusivos do Estado visavam transferir para o setor público não estatal os serviços de saúde, através de um programa de publicização, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, desenvolvendo uma parceria com o Estado, que continuará a financiar a instituição. A sociedade também participaria do seu financiamento através de doações com o objetivo da qualidade e eficiência dos serviços (BRESSER PEREIRA, 1995).

Dessa forma, Rezende (2008) exemplifica o que seria colocado em prática, no setor de saúde, com o Plano de Bresser Pereira:

- A contenção de gastos públicos e flexibilização de compras e contratos;
- A focalização em detrimento das políticas universais;
- A reorientação dos serviços públicos para o setor privado;
- O controle do corporativismo (combate a organização sindical);
- Terceirizações;
- Incentivo ao mecanismo de competição.

As fundações, no seu projeto de Lei Complementar, podem efetivar contratos com outros agentes do mercado (inclusive aplicações financeiras), ou seja, as fundações apresentam em seu conteúdo a defesa das privatizações dos serviços sociais das políticas sociais e dos direitos trabalhistas (MENEZES, 2011).

Seguindo nessa direção, a autora aponta que na gestão do governo Lula foi

assinada, em 31 de dezembro de 2011, a Medida Provisória nº 520, efetivando-se assim a proposta das Fundações através da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (EBSERH), através da Lei 12.550 de 2011, que afetaria diretamente os Hospitais Universitários. Essa Medida Provisória autoriza a criação da EBSERH, com personalidade jurídica de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com duração por tempo indeterminado. Essa medida provisória fere os princípios constitucionais do SUS e defende as propostas do reforma de Estado, iniciadas por FHC, que continuam até hoje. A criação da empresa se aproxima das propostas das Fundações, atingindo as unidades de saúde e afetando a população que utiliza o Sistema Único de Saúde.

Na realidade, a gestão do SUS é repassada para essa empresa, através de contratos de gestão e termos de parcerias, além da transferência de recursos públicos. Isso afeta a gestão, a qualidade de serviços prestados aos usuários do SUS, a estabilidade dos trabalhadores, etc (NASCIMENTO, 2013).

Por fim, ressalta-se nesse estudo a criação de institutos para gerir serviços de saúde, a exemplo do Projeto de Lei Distrital nº 1.468, de 2017, entregue pelo Governador do Distrito Federal, Rodrigo Rollemberg, no dia 14 de março do mesmo ano, ao Presidente da Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF) para sua aprovação na referida Casa. O Governador solicitou, ao entregar o referido Projeto de Lei, “relativa brevidade” e que fosse apreciada em caráter de urgência”²⁶. Cabe ressaltar que o referido Projeto de Lei foi aprovado pelos deputados distritais em 20 de junho de 2017²⁷. Porém os parlamentares contrários a essa proposta irão recorrer ao TJDF contra o Instituto Hospital de Base, com argumento de inconstitucionalidade, pois a gestão seria dever intransferível do Estado.

De acordo com o Projeto, fica a responsabilidade do Poder Executivo instituir o serviço social autônomo²⁸, Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, com características de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com o objetivo de prestar assistência médica de qualidade à população (PL 1.468/2017). O Instituto de Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) terá sede e foro em Brasília e terá duração por tempo indeterminado.

Caso seja aprovado em todas as instâncias, o referido Projeto de Lei prevê em seu

²⁶ Projeto de Lei 1468/2017. Disponível em: <<http://www.politicadistrital.com.br/wp-content/uploads/2017/04/PL-2017-01486-RDI-1.pdf>>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

²⁷ Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/06/21/interna_cidadesdf,603939/oposicao-planeja-ir-a-justica-contr-a-criacao-do-instituto-hospital-de.shtml>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

²⁸ De acordo com a Lei 8.246, de 22 de outubro de 1991, o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais é definido como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos com objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8246.htm>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

Art. 1º, inciso 2º, que o IHBDF “observará” os princípios do Sistema Único de Saúde previstos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei 8.080 de 1990. O § 3º diz que o IHBDF prestará atendimento exclusivo e gratuito aos usuários do Sistema de Saúde, em auxílio à atuação do Poder Público. (PL 14.698/17)

No início da proposta, o Projeto descreve as competências da Secretaria de Saúde em supervisionar a gestão do IHBDF, além de definir junto ao Poder Executivo o contrato de gestão que determinará as suas atribuições. O contrato de gestão será fiscalizado pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal, que “verificará a legalidade, a legitimidade, a operacionalidade, a economicidade no desenvolvimento nas respectivas atividades e na consequente aplicação dos recursos repassados.”. Ou seja, o Instituto requer entidades beneficentes para realização de serviços e que serão isentas de tributos federais como previsto no art. 10º da Lei. Ainda sobre as entidades governamentais, o art. 13º determina que:

Além da Secretaria do Estado de Saúde, outros órgão e entidades governamentais são autorizadas a repassar recursos do IHBDF, mediante convênios, termos de parcerias, de fomento ou de cooperação, para custear a execução de projetos de interesse social nas áreas das atividades previstas no objetivo social desta. (Art. 13º PL 1468/17).

Além da transferência dos serviços e repasses públicos do SUS para uma Instituição jurídica de Direito Privado, o Projeto de Lei determina que os atuais servidores que trabalham no Hospital de Base, após a publicação da Lei, ficariam “cedidos” ao IHBDF, sendo avaliados no alcance de metas e, caso não as atingissem, seriam “devolvidos” para a Secretária de Estado de Saúde:

§ 5º os servidores cedidos serão submetidos aos mesmos processos de avaliação e metas de desempenhos aplicados aos empregados do IHBDF, devendo ser devolvidos a Secretaria de Saúde do Estado de Saúde em caso de insuficiência de desempenho, na forma de contrato de gestão. (ART. 3º, inciso 5º).

Os servidores ainda teriam um prazo de 180 dias para decidirem ser contratados pelo IHBDF, em comum acordo com a Diretoria Executiva, desde que peçam exoneração ou se aposentem do serviço público. Isso evidencia a precarização do trabalho na flexibilização dos contratos, que reorienta os serviços públicos para o setor privado.

Para os novos empregados, o Instituto terá autonomia para a contratação de pessoal sob o regime da CLT, de forma a assegurar um elevado padrão de atendimento à população. O primeiro questionamento é: qual a relação de um atendimento qualificado e contínuo com empregados regidos pela CLT? Os servidores públicos não desempenhariam com qualidade tais serviços?

Em seguida, o PL 1.468/17 apresenta os órgãos que compõem a direção do IHBDF:

Art. 5º São órgãos de direção do IHBDF:

I- Conselho de Administração, composto de nove membros;

II- A Diretoria Executiva;

§ 1º O IHBDF contará com o Conselho Fiscal composto por três membros indicados pelo Governador do Distrito Federal.

O inciso 1º do artigo mencionado acima afirma que os membros seriam indicados pelo Governador, ferindo o princípio de impessoalidade da administração pública. Também chama a atenção o inciso 3º, do mesmo artigo, que proíbe a indicação para os Conselhos de pessoas que tenham vínculos com partidos políticos ou organização sindical, tendo em vista que os sindicatos são contrários a essa proposta. Assim, seria mais fácil retirá-los das decisões que devem ser realizadas posteriormente no IHBDF com a implementação do Conselho Fiscal ou de Administração que compõem a gestão do Instituto:

§ 3º É vedada a indicação, para os Conselhos de Administração ou Fiscal e para a Diretoria Executiva:

I- De dirigente estatutário de partido político e de titular de mandato no Poder Legislativo de qualquer ente da federação, ainda que licenciado do cargo;

II- De pessoa que atuou, nos últimos 36 (trinta e seis) meses, como participante de estrutura decisória de partido político ou em trabalho vinculado a organização, estruturação e realização de campanha eleitoral;

III- De pessoa que atuou, nos últimos 36 (trinta e seis) meses, como participante da estrutura decisória de organização sindical.

Não há garantia de que as pessoas indicadas pelo Governador do GDF terão isenção para exercer a função em consonância com as prerrogativas do SUS e dos direitos de cidadania, sem interferência de interesses de setores privatizantes e de grupos econômicos do setor de saúde, principalmente considerando a cultura política brasileira historicamente pautada no clientelismo e na troca de favores

Como demonstrado no Art. 6º, inciso 1º, o Conselho de Administração teria a seguinte formação: “quatro conselheiros e seus suplentes, indicados e designados pelo Governador do Distrito Federal, conforme estabelecido no IHBDF.”.

Além dos conselheiros e suplentes serem indicados pelo governador, o Presidente do Conselho de Administração seria o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, cargo que também é definido por indicação (Art. 6º, inciso 1º). Ou seja, de nove membros do Conselho de Administração, cinco seriam indicados pelo governador. Para que haja deliberação das propostas apresentadas basta ter “quórum mínimo de cinco membros, cabendo ao Presidente, além do voto ordinário, o de qualidade” conforme determinado no Art. 6º § 3º. Dessa maneira, fica evidenciado a influência do governo nas decisões do Conselho de

Administração, sem considerar, portanto, de forma efetiva a participação e controle social.

Por fim, a Diretoria Executiva teria como composição o Diretor Presidente, indicado pelo Presidente do Conselho de Administração e posteriormente aprovado em votação pelo Conselho, ou seja, fica fácil deduzir qual voto será vencido, pois não há participação majoritária da sociedade civil.

O atual Secretário da Saúde, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, defende que o Instituto seguirá o que está estabelecido na Constituição Federal acerca dos princípios do SUS. Segundo o secretário, a constitucionalidade do Projeto de Lei está definida no art. 31, pois “[...] o IHBDF observará os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [...]”. No entanto, observa-se que as decisões da maioria dos conselheiros seriam, na realidade, as intenções do Governador e, assim, não haveria espaço para a participação da comunidade.

Cabe ressaltar o envolvimento dos governantes com desvios de dinheiro público. Uma Comissão Parlamentar de Inquérito da Saúde no Distrito Federal foi instalada há um ano para investigar indícios de corrupção na gestão da Secretaria da Saúde nos governos de Agnelo Queiroz, do PT, e Rodrigo Rollemberg, do PSB, ou seja, entre janeiro de 2011 e março de 2016. Em 11 de maio de 2017, a CPI aprovou, por quatro votos favoráveis contra três contrários, o relatório final. Porém o texto foi duramente criticado por outros parlamentares, porque retira os principais suspeitos por irregularidades na saúde, entre eles o vice-governador Renato Santana e os deputados investigados na Operação Drácon.²⁹

Também consta na justificativa para a criação do Instituto o exemplo de duas entidades sem fins lucrativos que realizam a gestão dos hospitais e, de acordo com o secretário de saúde, deram certo: o Serviço Social de Saúde do Acre (PRÓ-SAÚDE), inaugurado em 2008, e o Hospital Municipal Doutor Célio de Castro, em Belo Horizonte, implantado em 2014. A seguir, serão mostradas algumas notícias em jornais que evidenciam o contrário.

Em 17 de julho de 2015, a reportagem do site G1³⁰ afirmou que a Justiça acolheu o pedido do Ministério Público do Trabalho (MPT) no Acre e condenou o Serviço Social de Saúde do Acre (PRÓ-SAÚDE) ao pagamento de uma indenização no valor de R\$ 500 mil por dano moral coletivo. Segundo o MPT, a empresa não oferece estrutura de trabalho aos profissionais.

²⁹ Disponível: <http://radioagencianacional.ebc.com.br/geral/audio/2017-05/cpi-da-saude-do-df-aprova-relatorio-final-em-votacao-apertada-e-acusacoes-de>. Acesso em : 06/06/2017

³⁰ Disponível: <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2015/07/mpt-ac-condena-pro-saude-r-500-mil-por-dano-moral-coletivo.html>. Acesso em : 06/06/2017

De acordo com a fala da procuradora do MPT, Marielle Viana Cardoso, “o PRÓ-SAÚDE foi criado em 2008 para auxiliar o Estado e deveria oferecer aos setores de Saúde não apenas profissionais, mas também aparelhos, máquinas de mamografia, além de outros equipamentos que vão desde macas até seringas, o que não está ocorrendo”. A procuradora complementou:

Além de oferecer médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, eles deveriam oferecer estrutura para esses trabalhadores, mas verifica-se que tudo isso era fornecido pelo Estado. Nossa preocupação era que esses trabalhadores não tinham as mesmas garantias de um servidor do Estado, sendo obrigados a cumprir mais horas extras, pegando plantões mais complicados e podendo ser dispensados a qualquer momento.

A respeito do Hospital Municipal Doutor Célio de Castro, citado como exemplo de boa gestão pelo Secretário de Saúde do DF, o site Estado de Minas³¹ aponta que o hospital não está funcionando 100% da sua capacidade. Em março de 2017, o prefeito de Belo Horizonte, Márcio Lacerda, foi a Brasília, onde se reuniu com o ministro da Saúde para reivindicar recursos do Governo Federal e assim obter funcionamento pleno do Hospital. Porém, a justificativa de Ricardo Barros foi que a falta de verba para repasse se dá pelo fato da população não conseguir pagar mais impostos.

Cabe destacar que esses altos repasses de financiamento pelo Poder Público para as entidades seriam controladas e fiscalizadas pelo Conselho Fiscal, compostos por três membros, também indicados pelo Governador (§ 39), mais uma vez o princípio do artigo 198 da CF 88 é ignorado quando se retira a diretriz da participação da comunidade nas decisões do SUS.

Sendo assim, após explicitar o que ocorreu em dois hospitais que aderiram ao modelo de gestão com parcerias público-privada, é possível questionar se o “Hospital de Base do Distrito Federal, que em sua nova roupagem jurídica” (Parágrafo 31) atenderá “aos anseios da sociedade mediante manutenção integral de atendimento exclusivo e gratuito aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS”, conforme afirma o Secretário da Saúde do DF, nas argumentações finais que se encontra em anexo no Projeto de Lei 1.468/2017.

Diante dos fatos explicitados, como contraponto às modalidades de gestão no SUS que estabelecem “novas” relações entre o setor público e o privado, podemos citar o documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

³¹Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/07/28/interna_gerais,788379/hospital-do-barreiro-segue-sem-previsao-para-aumento-de-repasses.shtml>. Acesso em: 06 de jun. 2017.

Esse documento foi deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde³², em 2015, com o tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

Nesse documento, o Conselho Nacional de Saúde defende a “Saúde como direito de cidadania em contraposição à mercantilização e privatização”. Afirmou-se que o atual ambiente político-social favorece as propostas conservadoras e antidemocráticas, fragilizando os pilares do Estado de Direito e os avanços políticos e sociais que foram conquistados nas últimas décadas. É necessário o compromisso do Estado, do governo e da sociedade na defesa da democracia e da cidadania.

O documento afirma que a saúde da população melhorou muito nos últimos 28 anos do SUS, mas problemas econômicos, políticos e sociais ameaçam a sua consolidação. O sistema vem sofrendo ataques de setores conservadores e do mercado, que têm como objetivo destruir o SUS. Assim, o documento aprovado na 15ª Conferência Nacional de Saúde apresenta a agenda política dos próximos quatro anos, definindo o campo de atuação do controle social na saúde, e a necessidade de monitoramento em todas as instâncias de gestão. O Conselho Nacional de saúde destaca que é por meio das conferências de saúde que a população pode promover mudanças e melhorar o SUS.

O CNS afirma que o Brasil precisa continuar construindo um projeto que assegure o emprego e a igualdade de renda, a manutenção dos direitos sociais e o maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado e os direitos sociais. O CNS aponta que existem mais de 5.597 conselhos municipais, estaduais e distrital de saúde e solicitou o resgate desses espaços como instrumento de gestão participativa, além de cumprir com suas atribuições legais e políticas, fortalecendo sua autonomia deliberativa, “estrutura e representação [...] perante o estado e a sociedade”.

O documento recorda que o Congresso Nacional não reconheceu a Política Nacional de Participação Social como necessária para a democracia brasileira, ocasionando assim um grave retrocesso para o fortalecimento dos espaços de participação e controle social.

Além dessa reflexão, o documento apresenta algumas diretrizes e propostas que se chocam com o PL 1.468/17 do Distrito Federal, tais como: fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde; combater a precarização das relações de trabalho, evitando a transferência ou terceirizações de serviços públicos para o setor privado; propor políticas que estimulem a fixação dos profissionais que fortaleçam a carreira pública, valorizem o trabalho e atendam às necessidades de saúde da população;

³² Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Disponível: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html. Acesso: 08/06/2017

assegurar ambientes de trabalhos saudáveis e promotores de bem-estar dos usuários(as), trabalhadores(as) e estudantes; combater a PL nº 4.330/2004³³, que permite a terceirização inclusive para as carreiras atividades-fim; defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados e de insumos.

O CNS reconhece a inserção de profissionais de saúde por diferentes regimes de contratação e aponta que o resultado tem sido a precarização no ambiente de trabalho, com aumento de situação de risco de números de acidentes, de aparecimento de doenças devido ao desrespeito às normas de saúde e segurança, dos baixos salários, ampliação da jornada de trabalho, do aumento da rotatividade e o não cumprimento de direitos trabalhistas.

A intensificação da terceirização na saúde, de acordo com o documento, tem sido fortalecida pelos limites do gasto de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), pelas distorções salariais e fracionamento do sistema, que impede a melhoria das equipes multiprofissionais, com o prejuízo para população e ao SUS.

Dessa forma, o documento deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde (2015) foi aprovado antes do PL 1.468/17 do DF e já apresentava diretrizes e propostas que deveriam ser seguidas, pois afirma que o papel das conferências “não deve ser visto meramente como um evento, mas um processo político reflexivo, avaliativo e propositivo”. Assim, é demonstrado que o referido Projeto de Lei não segue nenhuma das diretrizes aprovadas pelo CNS.

³³ A Lei de terceirização foi aprovada pela Câmara e regulamenta a terceirização em todas as atividades da empresa, inclusive atividades-fim. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/10114/Mudancas-na-Terceirizacao-Lei-no-4302-1998>> Acesso em: 08 de jun. 2017.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DF: ENTRE ANTIGAS E NOVAS ESTRATÉGIAS DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

A VII Conferência de Saúde, realizada em Brasília em 1980, com o tema “Expansão das ações de saúde através dos Serviços Básicos”, realizou um fórum de debate para aprofundamento da proposta da atenção primária e dos cuidados primários. Assim, foram abordadas questões ético-políticas, organizacionais e das práticas de saúde, decidindo-se que na constituição do sistema seria privilegiada a Atenção Primária em Saúde como a principal porta de entrada do sistema.

A proposta desse capítulo é apresentar um breve contexto histórico da tentativa do Governo do Distrito Federal de estender a cobertura do Sistema Único de Saúde através do fortalecimento da APS, conforme orientações da VII Conferência. Será feito um recorte para análise entre dois governos: Cristóvam Buarque (1994-1998) e Roriz (1998-2002). Cada um apresentou, na realidade, programas de governo sob alegação de melhorar a saúde pública. Contudo, como a proposta só permanece enquanto o governante está no poder, há desestabilização e desmontes das conquistas realizadas anteriormente, como explicitado no item a seguir.

3.1 Uma breve retrospectiva histórica do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal: refletindo algumas experiências de privatização da saúde

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de desenvolver uma estratégia para transformar o modelo de atenção à saúde. Assim, a Atenção Primária passa a ser destaque na agenda política, propondo um modelo de atenção voltado para a proteção e promoção da saúde com enfoque na Família. Nesse mesmo ano acontecia eleição no Distrito Federal para a escolha do Governador. Na campanha eleitoral a mídia provocou uma forte polarização dos grupos liderados pelo Governador Joaquim Roriz, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o candidato Cristóvam Buarque, do Partido dos Trabalhadores (PT). As eleições de 1994 foram bem acirradas e o candidato do PT derrotou, no segundo turno, o candidato Valmir Campelo, que tinha o apoio do Ex-Governador Joaquim Roriz (GOTTEMS, 2010).

A respeito da organização do SUS- DF, nesse período houve as promulgações da Lei Orgânica do Distrito Federal, transcrevendo as disposições da Constituição Distrital, e das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (GOTTEMS, 2010). A autora salienta que a Lei Orgânica

abrange direitos do cidadão às determinações sociais do processo saúde-doença, ao acesso a organização das redes de serviços, à gestão de recursos Humanos, a complementaridade do setor privado, à participação social na gestão e formulação de política, ao financiamento com recursos da União e do Distrito Federal, incluindo a reforma psiquiátrica, ao atendimento das pessoas com deficiência e à saúde do trabalhador (Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1993).

Nesse período, o setor hospitalar vivia uma crise orçamentária e financeira devido às formas de repasses dos recursos da União para os Estados e Municípios. As NOBs³⁴ 91 e 92 realizavam os repasses de recursos por convênios e de acordo com a produtividade dos serviços de saúde. Dessa forma, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), por meio da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), passou a realizar as mesmas regras do setor primário em relação aos recursos para financiar a saúde (GOTTEMS, 2010).

Assim, a autora recorda que na década de 1990 a rede de serviços do DF como um todo vivia um esgotamento e elenca os principais elementos que propiciaram essa exaustão nos serviços públicos de saúde:

- a) insuficiência na oferta da atenção básica. Devido ao crescimento populacional do DF já não era possível oferecer cobertura de 100% pelos Centros de Saúde;
- b) os serviços hospitalares eram a principal referência para a população;
- c) a dependência de recursos da União e a baixa agregação de recursos próprios do GDF;
- d) o Distrito Federal era referência para tratamentos de alta complexidade e recebia pacientes da Bahia, Goiás e Minas Gerais, além da população do entorno, pois a maioria dessa população é mais empobrecida, desempregada e acometida por doenças graves.
- e) as redes de serviços tinham envelhecido, devido à falta de investimentos, assim a porta de entrada dos usuários passou a ser o papel exercido pelas emergências do hospital;
- f) os profissionais, numericamente, não eram suficientes.

Nessa conjuntura precária do Sistema Único de Saúde no DF, provocada pelo

³⁴ NOBs são normas operacionais básicas que normalizam a assistência à saúde e estimulam a implantação e desenvolvimento do sistema. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/I_EncontroCIBRS/Apresentacao_MinisteriodaSaude.pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2017.

enxugamento dos recursos, após a eleição para o GDF, assume a SES-DF o Dr. João de Abreu Braço Júnior, professor da UnB.

Conhecido por sua incansável luta em defesa pelo serviço público e do SUS, o Dr. Braço Junior foi responsável pela gestão da saúde no período de 1995-1996 e propôs o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA). A elaboração do Plano foi feita a partir da análise da situação da rede de serviços desse período e tinha intenção de implantar os princípios do SUS no DF, promulgados na Constituição Federal de 1988 e regulamentados nas Leis Federais, inclusive na Lei Orgânica (GOTTEMS, 2010).

A autora afirma que o Plano de Reformulação tinha como diretriz:

[...] fortalecer a atenção primária, reiterando como porta de entrada para o sistema de saúde, além de fortalecer o sistema de referência e contra-referência. A formulação do REMA foi realizada, a partir de um grande debate em toda a rede de serviços, por meio de oficinas e incluía, além do fortalecimento dos serviços básicos, um grande plano de obras e de aquisição de equipamentos (GOTTEMS, 2010, p. 121).

O REMA propunha, segundo a autora, a criação do Distrito Sanitário (DS); o fortalecimento do controle social; a qualificação da rede de serviços básicos; a criação de mecanismos jurídicos-administrativos, para conferir autonomia às unidades hospitalares e DS; e criação de auditorias técnicas permanentes. Assim, o REMA foi aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal e pela IV Conferência de Saúde do Distrito Federal (CSDF), em 1996.

As principais críticas ao longo dos dois anos de implantação era seu debate muito filosófico e sem nenhuma ação concreta, ou seja, as propostas do REMA não alteravam radicalmente o modelo assistencial, porque se propunha a fortalecer uma rede com equipamentos de trabalho deteriorados e ambiente laboral inadequado. Vale destacar que as propostas do REMA eram centralizadas na formulação da gestão do sistema e almejavam a autonomia administrativa dos hospitais e regionais de saúde. Porém, após dois anos de governo, o setor de saúde apresentava pouco êxito, resultando na troca de Secretários de Saúde (GOTTEMS, 2010).

A autora afirma que devido à nova pressão do Governo local, uma nova Secretária de Saúde foi nomeada, porém assume com uma rede de saúde mais estruturada. A nova Secretária³⁵ assume com um perfil experiente no Ministério da Saúde com a consolidação do Programa Saúde da Família. Sendo assim, nesse cenário ocorre a implantação do Programa Saúde em Casa, similar ao Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde:

³⁵ A médica Maria José Conceição Marinha permaneceu como secretária no período de 1996-1998.

O Programa Saúde em Casa (PSC) foi implantado em 1997 pela SES-DF e FHDF como uma das “estratégias de reformulação da atenção à saúde do Distrito Federal, da implantação do SUS e da melhoria da qualidade de vida das pessoas” e levava em consideração a população adstrita das cidades, o perfil epidemiológico, a cobertura completa e a família, como objeto de atenção. (GOTTEMS, 2010, p. 124).

A autora cita os objetivos propostos para Programa Saúde em Casa:

- oferecer suporte às comunidades para que resolvam seus problemas de saúde no próprio local de moradia;
- diminuir a procura dos serviços especializado, principalmente no Pronto Socorro;
- contribuir para a mudança de indicadores de morbi-mortalidade da população;
- incentivar as pessoas e a própria comunidade a contribuírem para adoções de atitudes para a melhoria da qualidade de vida.

Assim, o PSC recomendava a implantação de saúde da família, que faria a atenção a mil famílias em cada área. A equipe era composta por um médico e um enfermeiro generalista, além de três auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários. Para isso, o Distrito Federal foi mapeado para o cálculo do número de equipes que seriam necessárias para cada área. O Plano propunha iniciar com essa equipe mínima, incorporando novos profissionais com o tempo. O fluxo de atendimento seria modificado, ou seja, essas equipes encaminhariam os casos mais complexos para os Centros de Saúde, e desse para um hospital. Se houvesse necessidade, encaminharia para um atendimento secundário e assim sucessivamente até chegar no HBDF (GOTTEMS, 2010).

O PSF foi considerado como uma alternativa capaz de provocar a reorganização do modelo assistencial. Segundo a autora, essa reorganização se realizava por meio da ampliação do acesso da população aos serviços básicos pelo processo de trabalho e práticas de saúde das equipes, formação de vínculos com a família e mobilização das redes sociais. Porém, a autora afirma que, naquele momento, não dispunha de acúmulo de debates e experiências que demonstrassem o potencial de reorganização dos demais níveis de atenção de saúde, a partir da atenção primária.

Foi necessária a organização de infraestrutura física para a instalação das equipes e a contratação de mais profissionais de saúde para que fosse implantado o Programa Saúde em Casa. A SES-DF dispunha de funcionários públicos concursados, com planos de carreira e jornadas de trabalho definidas, o que resultava dificuldade em remanejá-los. A proposta para

solucionar essa carência de trabalhadores foi realizar uma parceria com uma Organização não governamental intitulada de Instituto Candango de Solidariedade (ICS), que teria competência de contratar profissionais e alugar imóveis, com o objetivo de reunir as equipes (GOTTEMS, 2010).

O ICS foi criado em 1995, com a finalidade de desenvolver projetos sociais com os setores governamentais, tendo na presidência a primeira dama do Distrito Federal. O ICS firmou contrato de gestão (GDF, 1995) com o Governo do Distrito, com base na Lei nº 9.637/99, que prevê o envio de recursos públicos às organizações sociais com esse tipo de contrato, sem licitações e com esse tipo de atribuições. Firmada a parceria, foi feito o repasse de recursos da SES – DF para aquele Instituto e realizado o concurso simplificado para a contratação dos profissionais, após aprovação pela Câmara Legislativa do DF. (GOTTEMS, 2010, p. 127)

O último ano da gestão do Governador Cristóvam Buarque foi marcado pela inclusão das questões sociais, como a educação, a saúde e o trânsito. Temas inseridos na agenda política e na disputa eleitoral. A respeito do PSC havia sido traçado uma oposição de ideias sobre a formulação de políticas de saúde: de um lado defendia a atenção básica centrada nos centros de saúde e por outro, havia a defesa a adesão ao PSF.

Cabe ressaltar que a implantação do PSC foi realizada entre parcerias com o Estado e o terceiro setor para a contratação de profissionais; melhorou a gestão e fortaleceu o controle social, mas acima de tudo produziu uma mobilização social em defesa à saúde (GOTTEMS, 2010). Assim, a autora destaca que o governo do PT em conjunto com a mobilização social provocou uma grande mudança para o setor da saúde:

Por outro lado, para compreender às mudanças no setor saúde que se iniciam no Distrito Federal no período de 1999 a 2003, é importante observar que o Governo do PT do Distrito Federal representou uma ruptura da predominante atuação dos grupos conservadores nas instâncias burocráticas legais. (GOTTEMS, 2010, p. 151 apud Rocha 2008)

Em meados de 1998 ocorreu a campanha política para eleição de governador e de representantes legislativos. Em relação à saúde era grande a satisfação da população com o PSC. No final de 1998 foi realizada a eleição e os principais candidatos eram o então Governador Cristóvam, que concorria à reeleição, e o ex-Governador Joaquim Roriz. As pesquisas sinalizavam a reeleição do governador Cristóvam Buarque devido aos créditos dos programas sociais, em especial educação e saúde. Sendo assim, o candidato Joaquim Roriz mudou a estratégia de campanha e assumiu compromisso público de manter e ampliar os programas, “registrando em cartório” tal promessa, além de receber apoio do Presidente da República à época, Fernando Henrique Cardoso. As diferenças de intenção de voto

diminuíram e o candidato do PMDB venceu as eleições (Gottems, 2010).

A autora recorda como foi caracterizada a política do Governo Roriz:

É mister ressaltar ainda que o governo Roriz é caracterizado pelo predomínio de práticas clientelísticas que indicam um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto. (CARVALHO, 1991 apud GOTTEMS, 2010, p. 151).

O início do novo governo, em 1999, foi marcado por grande inquietação. O Governador Roriz nomeou como secretário de saúde Jofran Frejat, ex-Secretário de Saúde e autor do Plano de Assistência à Saúde no Distrito federal em 1979. Uma das primeiras ações do governo foi a interrupção do convênio entre SES-DF e ICS e a implantação do PSC foi interrompida, o que resultou a demissão imediata de, aproximadamente quatro mil funcionários entre médicos, enfermeiros, odontológicos, auxiliares de enfermagem e ACs.

Após essa ação, houve a ruptura dos contratos de locação de imóveis, onde funcionavam as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e onde se armazenava equipamentos de saúde. A autoria dessa medida não foi assumida pelo Secretário de Saúde e sim pelo próprio Governador, sob alegação de “questões políticas”, uma vez que o PSC estava muito identificado com o PT (GOTTEMS, 2010). As consequências dessa decisão gerou grandes impactos, conforme demonstrado pela autora:

Essa iniciativa gerou grandes impactos no âmbito da SES-DF e FHDF. As manifestações de apoio e de oposição ao governo foram intensas no início oriundas dos profissionais de saúde, que tiveram prejuízos trabalhistas com a demissão sem imediato pagamento de verbas rescisórias. Foram inúmeros, também, os processos judiciais em função da interrupção dos contratos de aluguéis os imóveis onde funcionavam as UBSs. (GOTTEMS, 2010, p. 152).

Assim, o governo do Distrito Federal inicia o processo de implantação do Programa Saúde da Família em um clima conturbado e com severas críticas por parte dos profissionais de saúde e da população (GOTTEMS, 2010).

O PSF seguia as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Plano de Saúde do DF de 1999. Nesse período, em todo país, ocorria a implantação do PSF por meio de parcerias entre as Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde e outras entidades do terceiro setor, com ou sem fins lucrativos. A expansão do PSF ocasionou a precarização dos vínculos trabalhistas na saúde. No Distrito Federal, as diretrizes de implantação do PSF, diferente do PSC, indicavam que as equipes localizadas nos Centros de Saúde fossem de preferência os profissionais da SES-DF, estimulando assim a atuarem no PSF através de

incentivo financeiro (GOTTEMS, 2010).

A autora também aponta que o processo de implantação do PSF ocorreu em 1999, mas o seu debate só foi realizado em 2000, com a realização da V Conferência de Saúde do Distrito Federal (V CSDF), em que a plenária confirmou o SUS como modelo de atenção e defendeu a estratégia do PSF como forma de atenção básica com o objetivo de garantir a universalização do acesso à rede. A autora ainda cita as recomendações exigidas na Conferência em relação ao PSF:

- a) permitir que os Conselhos acompanhem as atividades do PSF;
- b) ampliar todas as equipes para todas as regionais e assim atingir 100% de cobertura;
- c) oferecer condições dignas de trabalho aos profissionais de saúde;
- d) praticar e divulgar a avaliação e o acompanhamento estratégico;
- e) inserir Nutricionista e Psicólogo nas equipes e um Assistente Social para cada duas equipes;
- f) possibilitar o contrato de 20 horas, a fim de garantir médico diariamente em todas as equipes;
- g) melhorar a integração da rede de saúde;
- h) discutir com os Conselhos Regionais a área de abrangência na implantação de cada equipe
- i) permitir estágio profissional nas Equipes PSF;
- j) discutir o cadastramento, levantamento de dados e elaborar com a comunidade a programação das equipes;
- k) ampliar a equipe odontológica e ofertar atendimento para adulto.

Durante a implantação do PSF, Gottems (2010) afirma que foi identificado pouca oferta de médicos e dos demais profissionais de saúde para atuar nas equipes. Para ampliar o número de profissionais com perfil adequado, era necessário realizar concurso público, o que exigia procedimentos administrativos demorados. Diante da indignação da sociedade com a gestão da saúde, o Governo decidiu refazer a parceria com o ICS:

Nesse período chama a atenção é que as mesmas avaliações, que conduziram o GDF a romper a parceria anterior com o ICS e finalizar o PSC, foram utilizadas para refazer o convênio e implantar o PSF, em relação à contratação de pessoal e locação de imóveis. (GOTTEMS, 2010, p. 158).

De acordo com a autora, o que mais chamou a atenção foi o processo de seleção

dos profissionais: uma seleção simplificada e contratação realizada através de “cabos eleitorais”. Assim, as dificuldades de implantação do PSF era caracterizada pela falta de profissionais com perfil adequado, o que resultava grande rotatividade nas equipes. A SES – DF também tinha dificuldades em receber os recursos do MS porque as equipes estavam incompletas.

Dessa forma, no final de 2002, das 134 equipes implantadas, apenas 38 delas estavam em composição completa. Conclui-se que a experiência foi um fracasso, causando a redução dos salários dos trabalhadores das novas equipes e assim, desmotivando a adesão profissional e fragmentação da gestão, com pouco envolvimento nas áreas normativas da SES (GOTTEMS, 2010).

Em 2003, o GDF rompe a parceria com o ICS devido a várias denúncias de irregularidades no uso dos recursos públicos. Somente em 2013, de acordo com a reportagem do Correio Braziliense (2013)³⁶, o ex- presidente do ICS é condenado a 62 anos por desvio de verbas e peculato. De acordo com a reportagem, Ronan Batista de Souza, ex-presidente da entidade, teria recebido R\$ 2 bilhões em repasses públicos. Ele foi condenado pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal de Justiça e Territórios (TJDFT), porém aguarda o julgamento dos recursos em liberdade.

Recentemente, a reportagem do site Metrôpoles (2017)³⁷ mostrou que dez entidades do Distrito Federal estão entre as 500 que tem os maiores débitos com a Previdência Social. As informações são de um levantamento divulgado pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGNF). Quem lidera essa lista é o extinto ICS, somando uma dívida de R\$ 700.351.236,66 (setecentos milhões, trezentos e cinquenta e um mil e duzentos e trinta e seis reais e sessenta centavos), por falta de recolhimento de contribuições previdenciárias. De acordo com a reportagem, a organização social criada pelo GDF para prestar serviço de saúde à população, começou a ruir em 2002, após diversas denúncias do Ministério Público.

Após o rompimento com o ICS, em 2003, foi realizada outra seleção de entidade ligada ao terceiro setor, credenciada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), a então denominada Fundação Zerbini. Na implantação do PSF, a SES-DF equiparou os salários dos trabalhadores da Atenção Primária de Saúde com os novos contratados através de parcerias e os que pertenciam ao quadro dos profissionais de saúde da SES. Assim, o governo pretendia qualificar a atenção básica sem discriminá-la (GOTTEMS, 2010).

³⁶ Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2013/02/22/interna_cidadesdf,350864/ex-presidente-do-ics-e-condenado-a-62-anos-por-desvio-e-peculato.shtml>. Acesso em: 16 de jun. 2017.

³⁷ Disponível em: <<http://www.metropoles.com/distrito-federal/economia-df/dos-500-maiores-devedores-da-previdencia-10-sao-do-distrito-federal>>. Acesso em: 24 de jun. 2017.

As primeiras críticas apresentadas pela autora em relação a essa parceria foram: as locações insuperáveis para a gestão pública pelo fato de não favorecerem a extensão de cobertura e ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde no DF; as contratações dos profissionais de saúde, que demandavam por meio dos Deputados Federais a inclusão desses profissionais por meio de “apadrinhados políticos” (essa forma de contratação confrontava as diretrizes debatidas pelo Ministério da Saúde, sobre o combate aos vínculos de trabalho na saúde). Dessa forma, todos os processos seletivos realizados pela fundação Zerbini foram tensos e propiciaram questionamentos jurídicos, administrativos e políticos.

Gottens (2010) ressalta que a parceria entre o GDF e a Fundação Zerbini, desde o início, foi alvo de vários questionamentos. Houve várias denúncias de irregularidades nos concursos, mas ocorria a suspensão dessas denúncias pelo Ministério Público do Trabalho (MPT). No entanto, o Tribunal de Contas do Distrito Federal, motivado por denúncias do Ministério Público do Distrito Federal, suspende definitivamente a parceria. No teor dessas denúncias, constavam irregularidades na execução do trabalho, na locação de automóveis, aluguel de prédios e reforma de imóveis.

Reportagem do site Metrôpoles (2016)³⁸ demonstra como essas entidades, que tiveram a oportunidade de atuarem em parceria com o GDF, estão ligadas diretamente a desvios de dinheiro público. De acordo com a matéria, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) cobra na justiça o ressarcimento de R\$ 59 milhões em contratos estabelecidos entre o GDF e OSs na área da saúde.

No caso da Fundação Zerbini, que atuava no Programa Saúde Saudável, entre 1993 e 2005, O MPDFT solicita a devolução de mais de R\$ 20 milhões sem prestação de contas. No Hospital Regional de Santa Maria, que tem a gestão executada pela Organização Social Real Sociedade Espanhola e Beneficência, o MPDFT e a Procuradoria Geral do DF (PGDF) solicita o ressarcimento aos cofres públicos de mais de R\$ 30 milhões de reais.

O caso mais recente, citado na reportagem, é do Hospital da Criança de Brasília (HCB), gerido pela Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Icipe). O MPDFT ajuizou ação de improbidade administrativa que questiona o repasse dos recursos públicos por ausência de cálculos dos custos do Contrato de Gestão de 1/2014. A reportagem afirma que de 2014 a setembro de 2016 o GDF já repassou mais de 187 milhões ao Icipe e seu contrato está previsto até fevereiro de 2019, com a previsão de repasse de 383 milhões de reais.

Após analisar os antecedentes históricos de experiências de privatização da saúde

³⁸ Disponível em: <<http://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-df/oss-deram-prejuizo-de-pelo-menos-r-59-milhoes-a-saude-do-df-diz-mp>>. Acesso em: 16 de jun. 2017.

pelo Governo do Distrito Federal, o próximo item volta-se para a análise das entrevistas realizadas com conselheiros de Saúde do DF em maio de 2017.

3.2 “Novos” modelos de gestão na saúde: o que pensam conselheiros de saúde do Distrito Federal?

Como mencionado na introdução do presente trabalho, a pesquisa empírica contou com a realização de entrevista semiestruturada com conselheiros de saúde em seus diferentes segmentos de representação, ou seja: um gestor da secretaria de saúde do DF, um gestor suplente, dois conselheiros representando a sociedade civil (segmento dos usuários) e dois representantes dos trabalhadores da área.

As entrevistas foram realizadas durante a realização de duas reuniões extraordinárias do Conselho de Saúde do Distrito Federal, após contato realizado com os conselheiros de saúde, sujeitos da pesquisa, por e-mail e telefone.

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos sujeitos da pesquisa e transcritas na modalidade *in verbatim* (transcrição literal das palavras dos entrevistados). Os aspectos éticos foram respeitados no decorrer do estudo e os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE³⁹. Os relatos dos sujeitos da pesquisa realizada com os/as conselheiros/as foram identificados por números ordinais, da seguinte forma:

- Entrevista 1 – Segmento de gestor da Secretaria de Saúde do DF
- Entrevista 2 – Segmento de gestor suplente
- Entrevista 3 - Segmento dos usuários
- Entrevista 4 – Segmento dos usuários
- Entrevista 5 – Representante dos trabalhadores da área
- Entrevista 6 – Representante dos trabalhadores da área

O critério de escolha dos sujeitos da pesquisa se deu por meio da primeira participação em uma reunião ordinária do Conselho de saúde do DF, realizada em 09 de maio de 201. Nessa ocasião se fez uma primeira aproximação com o conselho de saúde, de modo a identificar a representação dos diferentes segmentos, envolvimento dos conselheiros nos debates e a disponibilidade em participar da pesquisa.

Para a análise dos resultados da pesquisa, utilizou-se como o suporte os recursos

³⁹ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE encontra-se nos anexos deste trabalho.

metodológicos da análise temática do método qualitativo de pesquisa social (MINAYO, 2006).

O primeiro dia de realização das entrevistas ocorreu em 09 de maio de 2017, sendo possível entrevistar um conselheiro do segmento gestor, um do segmento do usuário e um do trabalhador. Nesse dia a reunião foi interrompida e cancelada devido à ocupação no Hospital de Base do Distrito Federal por manifestantes contrários ao Projeto de Lei 1.468/2017 que prevê a criação de Instituto para gerir o referido hospital.

O Presidente do Conselho de Saúde, Helvécio Ferreira da Silva, após receber a notícia da manifestação que estava ocorrendo no Hospital de Base, interrompeu a reunião, afirmando que não permitiria que os usuários fossem prejudicados com essa “invasão” e que, na verdade, existia momento e local adequados para se reunir e um exemplo desse local seria as reuniões realizadas nos Conselhos de Saúde, que permite a participação da comunidade.

De acordo com a reportagem do G1⁴⁰, do dia 09 de maio de 2017, os representantes dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do DF (Sindsaúde) ocuparam a sala da diretoria do HBDF às 11h. Reivindicavam a retirada pelo GDF do projeto de Lei de criação do Instituto do Hospital de Base, enviado para Câmara Legislativa do DF. A reportagem deixa claro que, apesar do protestos, os atendimentos ocorriam normalmente. A presença nessa reunião constituiu um processo de enriquecimento e observação dos conflitos em torno do tema de estudo, pois se tornou perceptível a correlação de forças nesse espaço político caracterizado por conflitos de interesses.

Com a interrupção da reunião, foi então remarcada uma reunião extraordinária para o dia dezesseis do mesmo mês, sendo possível finalizar as entrevistas com os seis sujeitos participantes. Abaixo seguem as principais observações e análises das respostas obtidas por cada representante de segmento do Conselho de Saúde do DF.

Avanços do SUS no Brasil e no DF.

No início da entrevista os usuários foram questionados a respeito dos principais avanços do SUS no Brasil e no GDF. Os dois conselheiros do segmento de gestores tiveram uma opinião bem animadora, conforme apontado na resposta de um dos gestores:

[...] a gente vem notando o avanço do Sistema Único de Saúde, ele tá cada vez mais se consolidando porque nesse momento que você faz o fortalecimento da atenção

⁴⁰ Fonte: <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/manifestantes-ocupam-direcao-do-hospital-de-base-em-brasil.ghhtml>. Acesso: 19/06/2017

primária, você fortalece um dos princípios do SUS, que é a questão da integralidade e equidade, você conseguir tratar os diferentes de forma diferente. (Entrevista 1 – segmento do gestor da secretaria de saúde).

Porém nas atas referentes às reuniões extraordinárias realizadas no CSDF não é possível vislumbrar essa consolidação do SUS, conforme relata um conselheiro que questionou, na reunião do dia 19 de maio de 2016, o porquê da atenção primária não funcionar e ressaltou que a gestão de saúde precisa melhorar.

O outro conselheiro entrevistado do segmento do gestor (Entrevistado 2), afirma que SUS é a “maior política pública do mundo” e que o Brasil atende mais de 150 milhões de usuários através de um sistema público gratuito. A palavra gratuita foi o que chamou atenção, pois o conselheiro não se atentou que cada cidadão Brasileiro destina parte da arrecadação dos seus impostos para o financiamento do SUS⁴¹.

Os Conselheiros do segmento dos usuários responderam que o SUS ainda tem que avançar. As respostas dos conselheiros desse segmento apresentam um significado diferenciado, uma vez que de fato eles utilizam os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde e, portanto, é um olhar a partir do vivenciado. Um deles expressa que o governo não quer ouvir os usuários:

[...] No Estado do GDF, em Brasília, há muita assim, lideranças, ou seja o governo quer implantar o que eles querem sem consultar os usuários, sem perguntar, sem fazer um questionamento. (Entrevista 3 – Seguimento usuário).

O segundo conselheiro entrevistado do segmento do usuário (entrevistado 4), afirmou que o SUS “em tese tem um bom propósito”, mas falta estrutura organizacional para que se possa produzir mais resultados positivos que negativos.

⁴¹ Além das contribuições sociais, arrecadadas pelo Governo Federal, outros tributos e transferências constitucionais e legais constituem fontes de financiamento do SUS. Esses tributos e transferências estão definidos nos art. 155 a 159 da Constituição. No caso dos estados, os tributos são: Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação (ITCD), Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação do Estado (FPE) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação). Para os municípios, os tributos são: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Territorial Rural (ITR). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação). Para o Distrito Federal, as fontes de financiamento do SUS são os tributos e transferências constitucionais e legais de competência tributária municipal e estadual. Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5983-financiamento-do-sus-introducao>. Acesso 19/06/2017.

Os conselheiros do segmento dos trabalhadores demonstram em suas respostas que apesar do SUS ter um avanço histórico de lutas e conquistas, é perceptível a constante correlação de forças ou interesses antagônicos presentes nessa política pública:

Estão ocorrendo ano após ano diminuições nos investimentos públicos do Sistema Único de Saúde em várias unidades da Federação, transferência da execução da assistência à saúde para a iniciativa privada através de Organizações Sociais e outros tipos de parcerias público privada. (Entrevista 6 – Seguimento dos trabalhadores).

Dessa forma, identificar a saúde como direito social, tendo como princípios a equidade e a justiça social, possibilita à sociedade exigir atitudes positivas e ativas para transformar esses valores em realidade, cabendo ao Estado regular e garantir o bem público como direito (BOSCHETTI; BERING, 2008).

Principais dificuldades e desafios no SUS.

Quando questionados a respeito das principais dificuldades e avanços do SUS, os seis conselheiros sujeitos da pesquisa foram unânimes em dizer que a principal dificuldade é o financiamento e a principal justificativa seria o aumento da população dependente do SUS:

É um momento delicado, porque o que temos visto enquanto representantes do segmento dos trabalhadores, a atual gestão, ela inevitavelmente herda uma série de... Uma série histórica de pouco investimentos na saúde pública do Distrito federal. Ao mesmo tempo em que houve uma explosão da população. (Entrevista 6 – Seguimento trabalhador)

Cabe ressaltar que a recessão gera menos receita para a Previdência e para o Estado, assim os bancos internacionais exigem cortes no orçamento público. As áreas sociais são as mais prejudicadas com os cortes porque a atenção do governo se volta para os setores de exportação, que possui benefícios como isenções de taxas e impostos (FALEIROS, 1986).

Dessa forma, como o país se encontra em recessão (14,2 milhões de brasileiros estariam desempregados conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua), dentre medidas neoliberais para conter a crise, segundo Faleiros (1986), está a extinção das iniciativas sociais.

Acerca dos desafios do SUS no Distrito Federal, o conselheiro do segmento gestor da secretaria de saúde e o conselheiro do segmento trabalhador mencionam a necessidade de mudança do modelo de atenção de saúde, que atualmente privilegia o modelo hospitalocêntrico, em detrimento da Atenção Primária em Saúde. Tal constatação está também expressa nas Atas das Reuniões do Conselho, nas quais os Conselheiros sempre

reforçam a importância e valorização da Atenção Primária em Saúde.

Nas entrevistas é importante destacar que os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores e usuários relatam a relação “difícil e complexa” com a gestão, conforme expresso na fala a seguir:

A grande dificuldade por falta de verbas e por vezes da própria gestão, a verba é um ponto, mas é um segundo ponto que causa problema de implantação de implantação de novos serviços para atender melhor os usuários. (Entrevista 5 – Seguimento dos usuários).

Chama atenção nas falas dos Conselheiros a perpetuação da cultura política clientelista, de “politicagem” no âmbito da política pública, inviabilizando a implementação do SUS, conforme relato de um dos usuários:

Existem atores e pessoas que não tem, necessariamente, o interesse por fazer pelo Sistema Único de Saúde funcionar pleno porque existem diversos segmentos da sociedade. Cada um julgando entender como legítimo nas suas ações: o gestor, o sindicalista, o empresário que presta fornecimento [...]. E isso não proporciona um esforço conjunto para que o SUS... Ele produza resultado de fato para o paciente, para o cidadão de maneira geral. (Entrevista 4 – Seguimento dos usuários).

Parcerias entre setor público e setor privado no âmbito do SUS: implicações no processo de privatização da saúde

Com relação às parcerias entre o setor público e o setor privado, os conselheiros de forma unânime se reportam para a possibilidade de parceria, porém o setor privado de forma complementar. Alguns conselheiros também ressaltaram a importância do controle social, caso essa parceria aconteça. A conselheira do segmento dos trabalhadores reforça essa afirmação, porém fazendo uma crítica à ação praticada pelo governo, conforme explicitado abaixo:

Há previsão nas leis orgânicas do SUS e na Constituição Federal de que pode haver a complementaridade dos serviços. Infelizmente muitos governos têm utilizado essa condição para sucatear propositalmente os serviços e justificar a transferência e terceirização da assistência à saúde para o setor privado, que obviamente visa lucro. Esse fato tem sido rotineiramente noticiado com desvios bilionários de recursos do SUS. Infelizmente são poucos os exemplos de boas práticas nesse modelo, alguns deles relacionados com Instituições de Ensino, o que não inviabiliza essa possibilidade, desde que seja assegurada a sua real justificativa, com atuação permanente de órgãos de controle e fiscalização. (Entrevista 6 – Seguimento dos trabalhadores).

A expectativa das estratégias atualmente utilizadas na relação público x privado na saúde, a exemplo da transferência da gestão para OSs e Fundações, apresenta-se para um

dos conselheiros do segmento dos usuários como um estratégia que causa “medo”, pois para ele, há alguns “exemplos de alguns lugares que, infelizmente foi um fracasso” e reforça que “o privado seria para complementar” (Entrevista 3 – Segmento dos usuários).

De modo diferente, outro conselheiro do segmento do usuário defende a ideia de que a sociedade não é construída exclusivamente pelo governo ou unicamente pelo setor privado, assim expresso na fala que se segue:

Tem outro propósito, outra razão de ser como eu falei, os empresários, as empresas, as indústrias, em modo geral elas visam os lucros. Isso é algo, digamos necessária a sociedade porque o lucro proporciona o crescimento e ajuda na produção de riqueza. (Entrevista 4 – Seguimento dos usuários).

O que acontece é que a política social seria na verdade uma política econômica para os neoliberais, que promovem mudanças conforme orientação do mercado. Essa concepção rejeita a distribuição de vantagens econômicas resultantes de transações livres de mercado e se transforma como um seguro para algum imprevisto na vida do indivíduo (KERSTENETZKY, 2006).

A interpretação a respeito das posições apresentadas nas falas transcritas anteriormente denota que as mesmas expressam contradições vivenciadas no âmbito do próprio segmento de representação, ou seja, há posições e defesas de projetos societários e de saúde, divergentes entre o próprio segmento dos usuários.

Transferência da gestão do SUS para o setor privado

Ao serem questionados acerca da transferência de gestão do SUS para o setor privado (como OSs, Fundações, Institutos, EBSERH), a conselheira representante do segmento gestor afirma que a proposta dessas novas configurações e modalidades de gestão no SUS é “imensamente inovadora” e justifica essa resposta citando a Lei 8.666⁴² que, para a conselheira, essa lei não dá resolutividade e nem melhora o serviço.

A fala da conselheira se assemelha com a do Secretário da Saúde em uma entrevista realizada pelo Correio Braziliense, onde o mesmo afirma que a será possível fazer contratos de licitações de forma mais ágil, sem as amarras da Lei 8.666. No dia 20 de junho

⁴² A Lei 8666 regulamenta o art. 37 e inciso XXI da Constituição Federal. Apresenta normas para licitações e contratos da Administração Pública. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acesso em: 27 de jun. 2017.

de 2017, o site do Correio Braziliense⁴³ expôs a opinião do procurador do Ministério Público, Júlio Marcelo de Oliveira, junto ao TCU, que afirma ser uma “falácia” o Instituto de Hospital de Base do Distrito Federal e destacou que a proposta é inconstitucional, além de contestar a fala do Secretário de Saúde do DF:

Agilidade e flexibilidade são buscadas como meio para agilizar e facilitar não a gestão, mas a corrupção e a captura política da instituição como cabide de emprego. Quem quiser habilitar à condição de gestor público tem que fazê-lo segundo as normas da constituição. Gerir uma rede de saúde não é uma tarefa simples, mas não é impossível. A proposta de transformação do HBDF em serviço social autônomo é uma confissão de incapacidade gerencial da saúde. É como se o problema da saúde fosse apenas o regime jurídico dos servidores e o regime de compras e contratações pela Lei 8.666. (Júlio Marcelo de Oliveira, Correio Braziliense, 20/06/2017).

O que chamou atenção na fala da conselheira também foi a afirmação de que o vínculo dos trabalhadores seria respeitado e que “a gente não precariza os serviços” (Entrevista 1 – Seguimento do gestor). Todavia, a entrevistada não menciona que a implementação do Instituto estabelecerá alteração na forma de contratação dos trabalhadores, ou seja, não haverá concursos públicos/estatuário, mas sim contratos de trabalho celetista.

O Conselheiro suplente da gestão afirmou ser um defensor da saúde pública “desde a época do SUDS”⁴⁴, mas é a favor da transferência de gestão, pois, segundo ele, “existem experiências exitosas que deveriam ser espelhadas mas com o devido controle social.” (Entrevista 2 – Seguimento dos Gestores).

Os conselheiros do segmento dos usuários diferem da posição da representante do gestor, e posicionaram-se igualmente contrários à incorporação dessas “novas” modalidades de gestão do SUS, reportando-se as experiências anteriores que não tiveram bons resultados. Um dos conselheiros citou a Fundação Zerbini, no governo Arruda, que atuou em Santa Maria. Segundo ele, “a implantação começou a andar bem e que depois de seis meses teve assinalação de fracasso” (Entrevista 4 – Seguimento dos usuários).

O outro conselheiro do segmento dos usuários, embora tenha demonstrado que as outras experiências foram ruins, sua fala denota contradições, ao afirmar que a proposta era “compatível com a ideal”, ou seja:

A transferência de gestão é sempre vista com certo cuidado, não apenas pelo... é... pelas experiências... não apenas pela proposta... a proposta em si ela até seja é ...é compatível com o ideal, mas as experiências elas foram tão ruins e danosas, a

⁴³Disponível em <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/06/20/interna_cidadesdf,603519/o-que-pensam-o-secretario-de-saude-e-procurador-sobre-instituto-hbdf.shtml>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

⁴⁴Em 1987 foi criado o Sistema Único de Descentralizado de Saúde (SUDS). Já representava uma conquista do Movimento Sanitário.

transferência de gestão da organização social que hoje ela não é uma...é uma opção viável...uma opção factível. (Entrevista 4 – Seguimento dos usuários).

Os dois conselheiros representantes dos trabalhadores foram taxativos ao discordarem da transferência de gestão para essas entidades e enfatizaram que estão em constante luta para que isso não ocorra, deixando bem claro que a saúde é “dever do Estado”.

Uma das conselheiras do segmento dos trabalhadores afirmou que a transferência para uma Organização Social não resolveria os problemas da saúde, mas percebe-se historicamente que esse modelo favorece e aprofunda a corrupção. Ela ainda acrescenta que se faz necessário refletir a gestão da saúde para que atitudes sejam tomadas e, assim, a população não fique desassistida, porém alerta:

[...] mas não necessariamente o Estado transferindo para o outro fazer uma organização que é dever dele, mas sim que ele reveja o processo como ele executa, o aprimori, o aperfeiçoe, mas não simplesmente transferindo algo que de fato é um dever do Estado (Entrevista 6 – Seguimento, dos trabalhadores).

Projeto de Lei 1468/17

Quando perguntados a respeito do PL 1.468/17, que cria o Instituto do Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF), a conselheira do segmento de gestão afirmou que a proposta é “inovadora” e que vem “para melhorar os serviços prestados à população”. E assegura que o trabalhador da Secretária da Saúde terá “seus direitos garantidos”.

Porém, a fala de um outro conselheiro chama a atenção ao acreditar que não terá terceirização no projeto, conforme citado abaixo:

[...] faz pouco tempo que eu cheguei à gestão aqui do GDF, mas eu acredito que no ponto de vista do medo de que haja terceirização pura e simples do serviço, eu acho que não está previsto isso no decreto. O medo que com a terceirização vai se aumentar o nível de corrupção não se sustenta. Infelizmente, nós temos corrupção em todo o Brasil, em todos os serviços públicos, estatais ou privados. (Entrevista 2 – Seguimento do gestor suplente).

A análise do conselheiro representante da gestão limitou-se a ligar a terceirização somente à corrupção. Entretanto, explicitou-se no decorrer do trabalho que a terceirização ocasiona a precarização nas relações de trabalho. Para Ricardo Antunes, na entrevista concedida ao site Carta Capital⁴⁵, no dia 17 de maio de 2017, “na escravidão o trabalhador era

⁴⁵Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/201cna-escravidao-o-trabalhador-era-vendido-na-terceirizacao-ele-e-alugado201d>>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

vendido. Na terceirização, é alugado”.

Na realidade, Montañó (2002) explica que as políticas sociais universais, de direitos de cidadania, não são aceitas pelos neoliberais, pois para eles, a continuidade dessas políticas causariam o esvaziamento dos fundos públicos, “mal gastos” em atividades burocratizadas sem retorno e que atende toda a população. O autor cita Bresser Pereira, que foi capaz de provocar um “engessamento estatal” com o Plano de Reforma do Estado.

O conselheiro do segmento dos usuários é contra o PL 1.468/17 e afirma que é uma “privatização”, porém outro conselheiro do mesmo segmento respondeu que, no momento, não tem elementos suficientes para ter um posicionamento, e disse que os usuários estão aguardando “que o governo apresente essa proposta de Instituto de forma detalhada”. (Entrevista 4 – Seguimento dos usuários).

O conselheiro do segmento dos trabalhadores afirma que não concorda e que estão lutando “para que esse projeto não vire lei”. E sugere o que deve ser mudado:

Nós temos que melhorar a gestão nos postos de saúde, a questão da atenção primária e melhorar a questão do atendimento nos hospitais regionais, nós estamos bem servidos de hospitais regionais e em especial o Hospital de Base. (Entrevista 5 – Seguimento dos trabalhadores).

A conselheira representante dos trabalhadores inicia a resposta esclarecendo que o governo afirmou que o Projeto de Lei tinha nascido no Conselho de Saúde. Porém isso não era verdade e ressaltou que o Conselho de Saúde está sempre discutindo maneiras de tornar a gestão mais dinâmica. E explica qual a verdadeira intenção do Projeto de Lei 1.468/17:

O Projeto da maneira que foi concebido, ele prevê a criação de uma empresa, quer dizer uma pessoa jurídica puramente de direito privado e isso nos causou como representantes do Conselho de Saúde um pavor terrível porque em uma das discussões cogitamos aqui uma Fundação pública, mas sempre no sentido do poder público atuando. Então, a maneira que esse Projeto foi encaminhado, nós somos absolutamente contra. Isso não quer dizer que somos contrários a melhorar os processos do Hospital de Base, especificamente, a maneira que o Projeto está criando uma pessoa jurídica de direito privado, permitindo que essa pessoa jurídica de direito privado contrate seja pessoas físicas ou jurídicas para executar qualquer umas das atividades lá existentes, não identificando se são atividades meios ou se são atividades fins. (Entrevista 6 – Seguimento dos trabalhadores)

Evidencia-se, na fala dos conselheiros, que o debate a respeito do Projeto de Lei deve ser enfatizado, pois fica demonstrado que um dos conselheiros que representam os usuários não possui um posicionamento contra ou a favor e espera que o governo apresente uma proposta com mais detalhes sobre o Projeto. Essa observação é de suma importância, pois o conselheiro (Entrevista 4) representa quem de fato utiliza os serviços de saúde do SUS.

Conselho de Administração previsto no Projeto de Lei 1486/2017: onde está a participação e o controle social?

Foi perguntado aos conselheiros a percepção sobre o artigo 6º do Projeto de Lei 1.486/2017, que prevê a criação de um Conselho de Administração, em que a indicação dos quatro conselheiros e suplentes seria feita pelo Governador do DF.

A conselheira do segmento da gestão afirma que o HBDF tem sua gestão toda indicada pelo Governador e afirma que o Conselho de Administração teria “membros da sociedade que podem e devem contribuir na gestão”, mas apontou que os representantes deveriam ser todos médicos:

[...] você passa a ter um membro de uma associação que passa a contribuir voluntariamente dentro da unidade hospitalar, você passa a ter, hoje, seja ele qual instituição for, CRM, Associação Médica, mais uma dessas instituições apoiando já que no final de todas as ações que tem hoje dentro do Hospital de Base, a característica médica é muito forte. É preciso que a gente tenha... por isso não ampliar para todas as outras categorias. (Entrevista 1 – Seguimento do gestor da secretária de saúde).

O outro conselheiro do segmento de gestão afirma que não é contra, pois o Conselho de Administração não “irá se sobrepor” às decisões do Conselho de Saúde e que isso é uma “questão administrativa”.

O conselheiro que representa os usuários disse que tem medo dessa indicação e apresentou diversas dúvidas a respeito desse artigo:

Então eu tenho medo porque como vai se indicar? Por quem? O Conselho vai indicar ou vai ser uma indicação direta do Governador? O Governador manda pra gente, pra ver se a gente aprova? Ai é uma carta marcada. (Entrevista 3 – Seguimento dos usuários).

Entretanto, o outro conselheiro do mesmo segmento apresenta uma opinião distinta, conforme a descrição abaixo:

Se tiver dentro do embasamento legal criação de Institutos, que existam Conselhos de Administração... Conselhos de Administração dentro da Lei. Haja prerrogativa do Governador. Então, do ponto de vista legal, não há o que se falar. Sobre o ponto de vista prático e de representatividade se há um questionamento da base legal então é preciso que se volte para a Câmara Legislativa para que seja revisto. (Entrevista 4 – Seguimento dos usuários).

O conselheiro do segmento dos trabalhadores afirma que há uma incoerência nesse artigo e afirma que há discriminação por não haver possibilidade de ter no Conselho

sindicalistas, pessoa política ou ex-político, pois o conselheiro acredita que essas pessoas teriam uma “experiência acumulada”.

Já a outra conselheira do mesmo segmento afirma que esse artigo demonstra que, apesar do Instituto ser privado, “ele é um braço do Estado” devido a indicação dos conselheiros ser feita pelo Governador do GDF, mas ressalta a falta de participação social:

[...] é um Conselho que vai ser presidido pelo Secretário, onde a maioria desses Conselheiros, a maioria absoluta será indicada pelo governo que significa que todas as decisões serão emanadas desse Conselho representarão única e exclusivamente a vontade do governador, do secretário, do gestor da vez. (Entrevista 6 – Seguimento dos trabalhadores).

Essa entrevistada afirma repúdio à proposta do Projeto de Lei, além de demonstrar a indignação de não poder ter a presença de nenhum representante de movimento sindical ou partido político, pois segundo a conselheira, a gestão pensa: “opa, esse pessoal aqui que incomoda muito fica fora” (Entrevista 6 – Seguimento dos trabalhadores)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, na década de 1920, a saúde não sofria interferência do Estado. Na realidade, a assistência médica para a maioria da população era caracterizada pela filantropia e práticas liberais. Porém, nos primeiros anos da década de 1930, a categoria dos operários começou a se mobilizar para reivindicar melhores condições de saúde.

Segundo Bravo (2000), é nesse momento que a questão social referente à saúde pública é percebida e, assim, os trabalhadores vinculados ao setor urbano combateram politicamente e lutaram por criação de Caixas em suas empresas, permitindo alguns benefícios como aposentadoria, auxílio-invalidez, pensão por morte, assistência médica, entre outros.

Cabe ressaltar que, desde aquela época, a política de saúde ficou caracterizada de duas formas: o Estado ficava responsável pela “saúde pública”, através de campanhas higienistas, e a assistência médica era garantida somente para os trabalhadores que estivessem formalmente no mercado de trabalho.

Na ditadura militar, com o dinheiro arrecadado dos trabalhadores para a sua possível aposentadoria ou outros benefícios, o governo utilizava para realizar investimento médico-hospitalar em detrimento da atenção básica e realizando uma expansão no sistema privado de hospitais. Na década de 80, a assistência médica não era possível para a grande maioria da população, pois devido ao desemprego essas pessoas não poderiam ter acesso fácil à saúde.

Entretanto, é nesse ambiente de regime militar e precarização das condições de vida da população, que os movimentos sociais emergem, em especial, o Movimento da Reforma Sanitária, que, além de mudar o sistema de saúde, fundamentava-se em uma perspectiva sociocrítica na direção de um projeto de sociedade que se contrapunha aos interesses do capital (AROUCA, 1988). E assim, após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi aprovado um relatório que apresentava a concepção de seguridade social constituída pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Esse relatório foi apresentado na Assembleia Constituinte. E após muita pressão e reivindicações, a saúde foi inserida no texto da Constituição como direitos de todos e dever do estado.

Porém, a correlação de forças entre os dois grupos de interesses distintos prevalecem até hoje. De um lado, os que defendiam as Reformas sanitaristas, e de outro o grupo dos empresários. Após a criação do SUS na Constituição Federal, vieram as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que dispõem sobre os princípios do SUS, participação da comunidade e

financiamento.

Mesmo com todos esses avanços, na década de 1990 a saúde se torna focalizada e precária por conta de ideias neoliberais, sob a justificativa de que o estado vivenciava uma crise fiscal; porém, o que realmente ocorria era diminuição dos direitos sociais. Assim, o governo de Fernando Henrique Cardoso apresenta o Plano Diretor de Reforma do Estado. Nessa proposta o Estado se ausenta da responsabilidade pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar apenas promotor e regulador, repassando essa competência para o setor privado.

Dessa forma, diversas medidas provisórias e leis foram promulgadas para favorecer o setor privado e enfraquecer Sistema Único de Saúde, com diferentes estratégias de privatização. A permissão estatal da terceirização dos serviços de saúde (ou seja, passar para terceiros o dever que antes era de responsabilidade dele) permite que o empregado, parte mais frágil no contrato de um trabalho, fique à mercê das oscilações do mercado.

Como vimos no decorrer deste trabalho, a proposta mais recente do Governo do Distrito Federal concretiza-se no Projeto de Lei 1.468, de 2017, que prevê a criação de um Instituto, pessoa jurídica de direito privado, para gerir administrativamente a gestão do Hospital de Base do DF. Cabe destacar que, embora seja uma entidade sem fins lucrativos, o G DF repassará subsídios para a entidade. Ressalta-se, também, que no dia 20 de junho de 2017 foi aprovado o Projeto na Câmara Legislativa Distrital, porém a oposição entrará na justiça para tentar reverter tal situação. O argumento utilizado seria a inconstitucionalidade do Projeto.

A análise do Projeto de Lei e os resultados da pesquisa empírica sugerem que tal projeto seguirá as orientações do Plano de Bresser Pereira. O Plano é caracterizado por definições de metas para o alcance da eficiência, fim dos contratos por serviços públicos e incentivo de mecanismos de competição. Pode-se inferir que ocorrerá a precarização e adoecimento dos trabalhadores, que são a parte mais frágil do contrato de trabalho.

Dentre os aspectos analisados no Projeto de Lei supracitado, destaca-se a falta de participação social na composição do Conselho de Administração, de modo que a proposta sugere uma composição por “apadrinhamento político” por parte do Governador e, assim, realizar decisões influenciadas por ele. Dessa forma, a participação da comunidade seria excluída, ou seja, feriria o princípio presente na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.142/90.

Ao entrevistar os conselheiros/as do segmento da gestão, evidencia-se a opinião favorável à aprovação do Projeto, os quais acreditam que as condições de trabalho não seriam

precarizadas e o atendimento do SUS seria otimizado com essa nova gestão.

Por outro lado, os conselheiros do segmento dos trabalhadores são unânimes e repudiam tal projeto apresentado pelo governo; da mesma forma usuários também são contrários. Porém, a fala de um dos usuários é caracterizada por muitas dúvidas, o que chama atenção para a importância de esclarecer as propostas expressas em cada artigo do Projeto e, assim, analisar seu inteiro teor para que as pessoas possam de fato compreender o verdadeiro motivo de transferência de gestão do SUS para entidades de direito privado.

Dessa forma, podemos concluir que o segmento dos usuários, que vivencia cotidianamente a realidade e utiliza os serviços públicos do sistema, ainda não está empoderado acerca da saúde como dever do Estado. Eles querem apenas que o SUS funcione, independente da maneira a ser realizada.

É perceptível a inquietação e a fragilidade política na representação dos usuários. Numa arena de disputas, na qual o segmento da gestão defende os seus interesses e o segmento dos trabalhadores (ao divergirem das propostas da gestão) nem sempre deixam explícito se estão defendendo o SUS (e, por conseguinte os usuários) ou se o projeto em disputa prioriza primordialmente os interesses corporativos dos trabalhadores. Por um lado, o segmento dos gestores apresenta propostas para, na realidade, o SUS complementar a saúde privada, entregando sua gestão a entidades particulares, e por outro lado, o segmento dos trabalhadores comprometidos com o SUS universal.

Assim, fica evidente que os usuários ficam no meio desse fogo cruzado, esperando que o ideário de uma política pública de qualidade aconteça. A luta em defesa dos princípios do SUS sempre existiu e sempre existirá, com avanços e desafios.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky e BRAVO, Maria Inês. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trabalho. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12. N. 3 p. 499-518, set/dez. 2014.

AROUCA, A.S.S. **Saúde e democracia**. Anais 8º Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BEHRING, Elaine Rossetti. BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo. Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda dos direitos**. São Paulo Cortez, 2003.

BOBBIO, Norberto. **Estado Governo e sociedade: por uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil**. Programa de Capacitação em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB. CFESS, 2009.

BRANDÃO, Rafael Vaz da Motta. **Ajuste Neoliberal no Brasil. Desnacionalização e privatização do sistema bancário no governo de Fernando Henrique Cardoso**. (1995/2002); Niteroi-RJ;2013 (UFF)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1999.

BRAVO, Maria Inês e MENEZES, Juliana Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas reflexões. In: **Caderno de Saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade**/organizadoras, Maria Inês Bravo... (et. al). 1 ed. – Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006

_____. **Política de Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. Rio de Janeiro. 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

COELHO, THATIANA DUTRA ALVES. **Modelos de gestão dos serviços públicos de saúde: contexto, atores e desenho organizacional** 16/08/2013 200 f. Mestrado em POLÍTICA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, Niterói Biblioteca Depositária: Biblioteca Central do Gragoatá – UFF

CONASS. **A gestão do SUS**. Disponível em <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-25-anos.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Documento Orientador de Apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira**. Universidade Federal de Alagoas.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Avanços e retrocessos do direito à saúde no Brasil: uma esperança equilibrada**. 02/07/2014 175 f. Mestrado em POLÍTICA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília Biblioteca Depositária: undefined

DEFILIPPO, Antonina Dias. **Estado e Organizações da Sociedade Civil na política de assistência social: A particularidade do município de Juiz de Fora**. Universidade de Juiz de Fora. 2012.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In. LIMA, Nísia Trindade et. al. (orgs). **Saúde e democracia**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005, p. 59 – 81

ESCORSIM, Silvana Maria. **Reflexões sobre a Política Pública no Brasil após a Constituição de 1988: a caminho do projeto neoliberal?** Londrina. 2015.

FAGNANI, Eduardo. **Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas**. UNICAMP. 2011

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado Capitalista**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O que é política social?** São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 73- 80

FERNANDES, Cláudio. **Impeachment de Dilma Rousseff.** Disponível em <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiadobrasil/impeachment-dilma-rousseff.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

GIUSTINA, Emilie Faedo Della. LUIZ, Danuta Estrufika Cantóia. **Sociedade Civil e participação: concepções hegemônicas e contra hegemônicas.** Em tese, Florianópolis, v. 10, n 1, jan/jun. 2013.

GOTTEMS, Leila B. T. **Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas, e os atores na formação da política de saúde (1979-2009).** UnB. 2010

GRISA, Catia. **Diferentes olhares na análise de políticas públicas: considerações sobre o papel do Estado, das instituições, das ideias e dos atores sociais.** UFRRJ. 2010.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo.** Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

LAMENHA, Rafaela Vieira. **A privatização do SUS no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro: o projeto do capital em curso.** Universidade Federal de Alagoas. 2016.

_____. **A saúde pública na atualidade: da reforma a privatização neoliberal do SUS.** Universidade Federal de Alagoas. 2015

LUSTOSA, Maria das Graças Osório P. **Sociedade Civil e Estado: uma análise crítica.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais.** Rio de Janeiro, 2011. V Jornada Internacional de Políticas Públicas

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 1620- 1625, 2009.

_____. **A política de saúde no governo Lula.** Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo. Cortez. 2002.

MOTA, Ana Elizabete Mota. **Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, pelejas e desafios**. Ed. UFPE. Recife 2014.

NASCIMENTO, Andrea Mattos Dantas do. **Novas determinações do capital na saúde brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão**' 24/09/2013 176 f. mestrado em Serviço Social instituição de ensino: Fundação Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão biblioteca depositária: Biblioteca Central Universidade Federal de Sergipe.

NEVES, Angela V., CASTRO, Alba Tereza Barroso de. **Democracia, Sociedade Civil e Serviço Social: uma perspectiva crítica**. Editora UnB 2012. p. 9-13

OLIVEIRA, Andreia de. **Atenção Primária à saúde: qual o lugar da participação da sociedade**. PUC. São Paulo. 2012

Oliveira, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**' 25/02/2014 190 f. mestrado em Ciências Sociais Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre Biblioteca Depositária: Irmão José Otãoario Fontes, 1998, pp 5-33

PAIM, J. et. al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, 2011. Séries. Saúde no Brasil – 1, p. 11-31.

PAIM, J. S. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, p.1927-1953. 2013.

_____. A reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, p. 29-47 1 (2), 1992

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. V. 33, n. 81, p. 27-37, jan/abr. 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política Social e os desafios estruturais da democracia no capitalismo recente**.

Universidade de Brasília. 2011.

REZENDE, Conceição A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal**. < http://www.cress16.org.br/acervo/modelo_de_gestao.pdf>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. Florianópolis, p. 233-240, 2003.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. **As Organizações Sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro**. 13/10/2014 153 f. Mestrado em Serviço Social Instituição de Ensino: Universidade Federal de Alagoas, Maceió Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UFAL.

SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. **(Re)visitando Gramsci: considerações sobre o Estado e o poder**. R. Katál, Florianópolis, v. 16. N. 1, p. 82-90, jan/jun. 2013.

SILVA, Maria Euzimar Berenice Rego. **O Estado em Marx e a teoria ampliada em Gramsci**. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. 1999.

SILVA, Nivaldo Correia. **Hegemonia, Estado e Sociedade em Gramsci**. UNIESP: São Paulo, 2011.

SOARES, Laura T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologia, Porto alegre, ano 8, nº 16, julho 2016. P. 20-45

SOUZA, Georgia Costa de Araújo. In: COSTA, Iris do Céu Clara (et. al) Orgs. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. São Paulo, p. 509-517. 2010.

TENÓRIO, Fernando G. SARAIVA, Enrique J. **Escorços sobre a gestão pública e gestão social**. Ed. FGV. Rio de Janeiro. 2008.

YAZBEK, Maria Carmelita. Serviço Social, demandas no âmbito do Terceiro Setor e a questão do voluntariado. In: **Revista de Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas da UFMA**. São Luis. 2002

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Os ‘novos modelos’ de gestão no SUS”, de responsabilidade da estudante de Graduação em Serviço Social Amanda Lourenço de Mendonça, sob orientação da Prof^a. Dra. Andréia de Oliveira, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). O estudo constitui-se no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e objetiva investigar a compreensão e percepção do Conselho de Saúde do Distrito Federal sobre a realização de parcerias entre setor público com o setor privado para gestão de serviços públicos de saúde. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ou seja a entrevista, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco e está livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Amanda Lourenço de Mendonça telefone: (61) xxxxxxxx, no horário: 9h às 12h e das 14h às 18h. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília-DF, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Como Conselheiro de Saúde, como você avalia os principais avanços do SUS no Brasil e no DF?
- 2- Quais as principais dificuldades e desafios do SUS no DF?
- 3- A realização de parcerias entre setor público com o setor privado poderá contribuir para melhorar o SUS e a saúde da população? Explique.
- 4- O que você pensa a respeito da transferência da gestão de serviços do SUS para o setor privado? (exemplo: Organizações sociais, fundações, EBSERH, institutos, etc)
- 5- A respeito do PL 1.468/17, que cria o Instituto Hospital de Base do DF (IHBDF), qual sua opinião sobre essa proposta do GDF?
- 6- De acordo com o projeto, o artigo 6º prevê que seja criado um Conselho de Administração com a indicação de quatro conselheiros e seus suplentes indicados pelo Governador do DF. Qual sua opinião a respeito desse artigo?